

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família – EAD
Trabalho de conclusão de curso
Turma 6



Melhoria da Atenção a Saúde do Paciente Hipertenso e diabético, na UBS São Francisco de Paula, Frederico Westphalen/RS

Sarah Stoffel Dal- Ri

Pelotas, 2015

SARAH STOFFEL DAL-RI

Melhoria da Atenção a Saúde do Paciente Hipertenso e Diabético, na UBS São Francisco de Paula, Frederico Westphalen/RS

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao programa de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Ana Luiza ParcianelloCerdótes

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

R481m Ri, Sarah Stoffel Dal

Melhoria da atenção a saúde do paciente hipertenso e diabético, na UBS São Francisco de Paula, Frederico Westphalen/RS / Sarah Stoffel Dal Ri ; Ana Luiza Parcianelo Cerdótes, orientadora. — Pelotas, 2015.

83 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária a saúde. 3. Doença crônica. 4. Hipertensão. 5. Diabetes Mellitus. I. Cerdótes, Ana Luiza Parcianelo, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Carmen Lucia Lobo Giusti CRB: 10/813

Dedico este projeto de intervenção a todos que me ajudaram e que me apoiaram em todos os momentos. Neste em especial a minha família que me deu todo suporte para eu estar aqui formada e fazendo este curso hoje. Dedico também ao meu namorado que me ajudou e me apoiou quando mais precisei.

Agradecimentos

Agradeço a orientadora do projeto, Prof^o Ana Luiza ParcianelloCerdótes, pela dedicação, paciência e contribuição direta em minha iniciação científica. A todos os meus professores que, com seus conhecimentos, permitiram minha formação acadêmica e a me incentivar a continuar meus estudos. Agradeço a minha família, amigos e namorado pela paciência nos momentos em que precisei me ausentar para cumprir este trabalho. E a todos que de forma direta ou indireta incentivaram o trabalho desempenhado.

Lista de figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade de Saúde.	50
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade de Saúde.	51
Figura 3	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	51
Figura 4	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	52
Figura 5	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	52
Figura 6	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	53
Figura 7	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.	53
Figura 8	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.	54
Figura 9	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	54
Figura 10	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	55
Figura 11	Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.	56
Figura 12	Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.	56
Figura 13	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	57
Figura 14	Cobertura dos pacientes diabéticos com risco cardiovascular realizado na unidade de saúde	57
Figura 15	Cobertura dos pacientes hipertensos orientados sobre nutrição na unidade de saúde	58
Figura 16		58

	Cobertura dos pacientes diabéticos orientados sobre	
Figura 17	nutrição na unidade de saúde.	59
	Cobertura dos pacientes hipertensos orientados sobre	
Figura 18	prática regular de atividade física na unidade de saúde.	
	Cobertura dos pacientes diabéticos orientados sobre	59
Figura 19	prática regular de atividade física na unidade de saúde.	
	Cobertura dos pacientes hipertensos orientados sobre os	60
Figura 20	riscos do tabagismo na unidade de saúde.	
	Cobertura dos pacientes diabéticos orientados sobre os	60
Figura 21	riscos do tabagismo na unidade de saúde.	
	Cobertura dos pacientes hipertensos orientados sobre	61
Figura 22	higiene bucal na unidade de saúde.	
	Cobertura dos pacientes diabéticos orientados sobre	61
Figura 23	higiene bucal na unidade de saúde.	67
Figura 24	Foto da Reunião do Grupo Hiperdia.	68
	Foto da Reunião do Grupo Hiperdia.	

Lista de abreviaturas e siglas:

ACS	Agente Comunitária de Saúde
BCG	Vacina com Bacilo de Calmette-Guérin
CAB	Caderno de Atenção Básica
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRIE	Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais
DM	Diabetes mellitus
ECG	Eletrocardiografia
ESF	Estratégia de Saúde da Família
DM	Diabetes Mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica

Sumário

1 Análise situacional	10
1.1 Análise situacional inicial	10
1.2 Relatório da análise situacional	19
1.3 Comparativo entre análise inicial e relatório situacional	19
2. Análise estratégica	20
2.1 Justificativa	20
2.2 Objetivos e metas	21
2.3 Metodologia	24
2.3.1 Ações	24
2.3.2 Indicadores	38
2.3.3 Logística	44
2.3.4 Cronograma	46
3. Relatório de intervenção	47
4. Avaliação da Intervenção	49
4.1 Resultados	50
4.2 Discussão	63
4.3 Relatório de Intervenção para a Comunidade	65
4.4 Relatório de Intervenção para os Gestores	69
5. Reflexão Crítica sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem	72
6. Referências Bibliográficas	75
Anexos	76
Anexo A - Ficha espelho (frente)	76
Anexo B - Ficha espelho (verso)	77
Anexo C - Planilha de coleta de dados	78
Anexo D - Documento do comitê de ética em pesquisa	79
Apêndices	80
Apêndice 1 - Folder sobre alimentação saudável entregue no grupo HIPERDIA	80

Resumo

DAL-RI, Sarah Stoffel. **Melhoria da Atenção a Saúde do Paciente Hipertenso e Diabético, na UBS São Francisco de Paula, Frederico Westphalen/RS.** 2015. 83f.; il. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

O público alvo deste trabalho foram os hipertensos e diabéticos, visto que existe uma incidência elevada de complicações causada por ambas patologias, a meta de cobertura estipulada na intervenção foi de cadastrar 50% dos pacientes hipertensos e diabéticos da população abrangente da UBS São Francisco de Paula/ Frederico Westphalen, cuja população total é de 3.000 usuários e fazer com que a qualidade do atendimento fosse de 100% em todos os aspectos. A intervenção foi realizada entre agosto e novembro de 2014 abordando os quatro eixos da atenção básica: Monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Este processo resultou em consultas médicas regulares a estes pacientes e a participação ativa em grupos de apoio como o HIPERDIA. A intervenção gerou ótimos resultados, como o acompanhamento de 91%, ou seja, 273 pacientes hipertensos e conseguimos encontrar mais diabéticos na área, ficando em 100%, 90 usuários, o acompanhamento dos diabéticos que moram na área adstrita e fazer com que sua qualidade de atendimento fosse de 100% prevenindo complicações. O aprendizado com o projeto foi que somente com o apoio de todos, tanto da equipe quanto da população é possível obter resultados positivos. Também podemos ver que a população quer participar de mais intervenções e se dedica a isto abrindo espaço para no futuro novas intervenções e projetos sejam criados.

Palavras chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde de diabéticos e hipertensos da Unidade de Saúde São Francisco de Paula do município de Frederico Westphalen. O volume está organizado em cinco unidades de trabalho sequenciais e interligadas. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na quinta e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de abril de 2014, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de janeiro de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1 Análise Situacional

1.1 Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?

Texto inicial sobre situação da ESF/APS em 03/2014.

A ESF onde trabalho funciona muito bem como equipe de saúde, todos tentam da melhor maneira possível se ajudar e ajudar nas tarefas que lhes são cabidas. Existem grupos, como o de tabagismo, gestantes, diabetes e hipertensão para auxílio da população, porém não estão em funcionamento há um ano devido à troca de pessoal e pouco tempo de experiência o que já preocupa como funcionalidade da prevenção a saúde.

A ESF necessita de melhor estrutura e melhor coordenação de tarefas, por parte da equipe e apoio da população. O serviço é organizado, porém não funciona com a objetividade que deveria trabalhar. A população necessita de estímulos a participar dos grupos, ou seja, saber que participando dos grupos irá melhorar sua saúde, melhorará o controle da sua doença, terá dicas e ensinamentos sobre a dieta ideal para sua doença e exercícios físicos que podem ajudar no controle de danos. Saber que podem às vezes diminuir doses e medicações propostas, bem como prevenir piores complicações e agravos de sua doença.

A organização em relação a ginecologia e obstetrícia está boa as gestantes tem acompanhamento correto de pré-natal com um médico ginecologista, fazendo no mínimo seis consultas durante o período gestação. O grupo, no entanto, ainda não foi instituído, faltando organização novamente da equipe. É de fundamental importância um grupo para gestantes, com orientações quanto à gestação e em relação ao puerpério da mãe e do bebê, sobre a importância do aleitamento materno, cuidados durante gestação, cuidados com o bebê e anticoncepção pós-gestação são fundamentais.

O Planejamento familiar também é importante, visto que, a população atendida pela ESF é bastante carente e necessita de orientações, muitas vezes as famílias não têm condições de cuidados com mais uma criança, envolvendo higiene, educação e saúde. Por enquanto o planejamento familiar é orientado somente pelas agentes de saúde, fato que deve ser corrigido imediatamente para melhorar a educação da população. A prefeitura da cidade ajuda financeiramente com apoio para planejamento familiar e ajuda com exames qualificados, porém não mantém como rotina a prevenção de saúde que deveria ser priorizada para melhorias na saúde

em longo prazo no município. Saneamento básico e cuidados com o lixo deveriam ser mais explorados na região. Muitas famílias vivem em contato com esgoto e lixo o que piora a manutenção da saúde.

Portanto, melhorias na prevenção de saúde são fundamentais no local onde trabalho, tanto com grupos, como em palestras ou campanhas. O atendimento deveria estar voltado à prevenção e não ao atendimento pós-agravamento dos problemas. Mas acredito que a partir do momento que houver melhor organização e estruturação, tanto na parte de coordenação junto à prefeitura, quanto à equipe de saúde da ESF, incluindo coordenação, enfermagem, médicos e dentistas, iremos ter resultados mais efetivos nas condições de saúde básica. A equipe é unida e está engajada para o trabalho, seu objetivo maior é ajudar a população que necessita dos cuidados prestados, portanto, com o empenho de todos, realizando suas tarefas teremos melhorias em toda área da saúde, e assim poderemos desempenhar nosso papel de ajudar a quem mais precisa.

1.2 Relatório de análise situacional

Relatório de análise situacional em 05/2014.

Trabalho em Frederico Westphalen, uma cidade de 30.500 habitantes e não possui área indígena, não possui população ribeirinha bem como também não há andarilhos, sua economia se dá através de indústrias expressivas nas áreas metalúrgica, produtos em fibra de vidro e lapidação de pedras semi-preciosas.

O município possui 2 UBS e 4 ESF, atuo como médica na Unidade de Saúde da Família São Francisco de Paula no bairro São Francisco de Paula. A ESF está associada a uma UBS, além da equipe de apoio, ainda não possuímos o NASF no município, porém o mesmo está em fase de instalação e de aprendizado. A cidade não conta com CEO, os pacientes são encaminhados para uma cidade vizinha para a realização do atendimento necessário.

A unidade está organizada de forma mista, onde existem dois médicos que atuam na ESF, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um dentista, um auxiliar de saúde bucal e cinco agentes comunitários de Saúde, além da ESF mais três médicos atuam na UBS, um médico clínico geral, um médico ginecologista e um médico pediatra, duas técnicas de enfermagem e uma auxiliar de enfermagem que é responsável pelas vacinas, um dentista e um auxiliar de saúde bucal. Contamos com o vínculo da Escola Estadual Técnica José Cañellas(alunos de técnico de enfermagem) e com a Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), com alunos do curso de enfermagem, ambas do município.

A UBS possui fácil localização para a comunidade na área urbana, mas além de atender a comunidade urbana faz a atenção a três comunidades da área rural do município de um total de 24 comunidades rurais que o município abrange.

Existe uma UBS central, que realiza o controle e ajuda a organizar funções e pedidos de cada ESF. Nela trabalham médicos especialistas e médicos clínicos gerais, além de equipe multiprofissional que abrangem psicólogos, fisioterapeutas e fonoaudiólogos. A cidade também possui um Hospital geral com cerca de 70 leitos, e ao qual podemos encaminhar para internação se julgar necessário. Quando necessitamos de avaliação do médico especialista contamos com a ajuda da unidade central que encaminha os pacientes para os médicos especialistas que existem no município ou então são encaminhados para a região. Várias cidades recebem os pacientes para atendimento especializado, como Treze de Maio, Palmitinho, Iraí,

Caiçara, Rodeio Bonito, Passo Fundo, entre outras cidades da região. Os encaminhamentos aos especialistas são organizados através do Posto central e para cada cidade é enviado paciente por demanda, não sendo específica a cidade e seu especialista, ou seja, variam de acordo com paciente e sua demanda. A partir daí a secretaria municipal de saúde disponibiliza o transporte. Contamos com exames laboratoriais e de imagem que são agendados ou se há necessidade de urgência são realizados na hora.

A estrutura da UBS é composta de uma sala de vacina, uma farmácia, um ambulatório com dois espaços, um para aplicação de medicações e outro para procedimentos, uma sala de enfermagem, quatro consultórios médicos, uma recepção e um almoxarifado. Possui uma cozinha, banheiro feminino e masculino para pacientes e banheiro para funcionários, não estão adaptados ao uso de pessoas com alguma deficiência física. Possui uma sala de esterilização com duas autoclaves. O acesso a UBS possui rampa para pessoas com deficiência, porém não existe corrimão nas rampas. Concluo que a estrutura da unidade em que trabalho é boa, porém deveria haver mais facilidades para acesso de deficientes e pessoas com qualquer dificuldade.

Existem diversas medicações tanto orais quanto injetáveis. Em relação a medicamentos para hipertensos e diabéticos possuímos ampla gama de opções, sendo que os principais de acordo com as diretrizes de tratamento de ambas as doenças estão à disposição de toda a população, principalmente por via oral e para casos de urgência possuímos também medicações injetáveis. Além de medicamentos para diversas outras comorbidades. Não são distribuídas medicações controladas, como ansiolíticos, anti-depressivos ou anticonvulsivantes na ESF, estas ficam sob o controle do posto central que disponibiliza para os pacientes prescritos.

Realizamos pequenos procedimentos na UBS e para os mesmos possuímos todos os materiais necessários, como kit sutura, e material para curativos. Não é disponibilizados kit de intubação nem adulto nem infantil na unidade e, portanto, para urgências chamamos a ambulância disponibilizada pela prefeitura municipal para que o atendimento seja prestado em local adequado.

Como a ESF está vinculada a uma UBS também são atendidos pacientes que chegam sobre livre demanda de outros municípios ou até do próprio município quando a UBS de seu bairro esta sem médicos. Emergências são atendidas com prioridade independente de onde o paciente more. Na UBS é atendido grande número de

pacientes que chegam por demanda espontânea, tanto consultas médicas, quanto enfermagem e odontologia. A ESF faz visitas domiciliares frequentes a todos os pacientes que não conseguem se deslocar até a unidade ou necessitam de tratamento específico em domicílio. As visitas são feitas pela enfermagem e médicos, para tal existe a disposição um veículo da prefeitura durante as 8 horas de atendimento diárias.

Os prontuários são individuais e manuais, constando todas as informações do paciente e consultas prévias. Cada médico clínico geral atende em média de 30 pacientes/dia, todos eles sem agendamento. A enfermagem atende grande número de pacientes e faz um número alto de procedimentos mensais. Todos os pacientes que procuram auxílio na unidade são acolhidos e nenhum sai sem que haja algum contato com os membros da equipe.

Um problema enfrentado é a espera. Muitos pacientes não têm paciência ou não entendem quando é feito atendimento de emergência passando criança, gestante ou idoso na frente, logo algumas vezes acaba havendo uma maior espera pela consulta. Deve haver mais informação para a população de que existem prioridades de atendimento. Para que isso ocorra toda a equipe deve trabalhar para que o paciente receba estas informações e saia satisfeito em seu atendimento.

Todos pacientes são avaliados quanto aos sinais vitais, queixas principais e a partir daí avaliamos necessidade de atendimento prioritário.

Atendemos uma área com cerca de 3000 mil habitantes. Dentre eles 1.123 são homens e 1.877 mulheres. Atendemos 23 crianças com menos de 1 ano de idade e que realizam puericultura mensalmente e cerca de 600 idosos. A ESF possui uma boa estrutura e equipe, temos uma grande livre demanda e por enquanto temos conseguido atender a todos os pacientes que necessitam de nossos serviços, conseguindo manter em média 30 atendimentos/dia por médico. A prioridade é dada a urgências, crianças, idosos e gestantes que chegam necessitando atendimento.

O atendimento de crianças é feito de maneira específica na ESF, com protocolo para atendimento dos mesmos. Toda criança é atendida mensalmente em consulta de puericultura para avaliação de crescimento e desenvolvimento, estas consultas são realizadas por um médico pediatra, o mesmo faz intervenções quando necessário. A vacinação é realizada tendo como base o programa preconizado pelo ministério da saúde. Os testes do pezinho também são realizados em tempo correto.

As mães recebem todo o acompanhamento mesmo antes do parto sobre atenção especial das crianças especialmente sobre aleitamento materno exclusivo até os seis meses e complementar até os dois anos completos da criança. Cada criança possui prontuário específico para acompanhamento de seu desenvolvimento que se faz de maneira mensal até os 12 meses e de maneira trimestral até os 2 anos.

A equipe de enfermagem é responsável pelo controle e organização destes registros, estando sempre atenta aos pacientes faltosos. Pacientes faltosos ou que tem dificuldade de ir até a unidade são visitados em casa através das visitas domiciliares ou são pegos em casa pelo carro disponibilizado pela prefeitura, mas todos faltosos são visitados primeiramente pelas ACS para avaliar a situação. Toda equipe de saúde trabalha em conjunto para que haja um bom comprometimento entre família e ESF para que todas as crianças recebam atendimento adequado e com bons resultados. As famílias tem boa adesão e regularmente trazem seus filhos para acompanhamento na data prevista. Um ponto negativo que encontramos são aquelas famílias que por alguma razão são resistentes ao acompanhamento, isso pode ocorrer por falta de orientação ou por dificuldade de locomoção, o papel de toda a equipe é avaliar estes pacientes para melhorar a adesão e o acompanhamento.

A atenção a gestante é dada de maneira que ela receba o correto atendimento do início ao final da gestação, sendo consultas pré-natais mensais no primeiro e segundo trimestre e consultas quinzenais no terceiro trimestre, assim que o teste de gravidez é positivo é realizado o cadastramento no SISPRENATAL.

Está sendo realizado grupo de gestantes onde as participantes tem acesso à informação, palestras e aprendizado para o período gestacional e pós-parto, bem como informações importantes sobre aleitamento materno. As consultas não são agendadas previamente, mas contam com registro específico, onde constam dados como exames solicitados, medicações em uso e qualquer intercorrência durante a gestação. Todas as gestantes recebem atenção integral de um médico ginecologista durante todas as consultas, contando como ponto positivo para as consultas na ESF. O ponto negativo é o não agendamento da próxima consulta já na saída da consulta anterior, pois apesar das gestantes serem atentas a sua consulta, as vezes ocorre esquecimento da mesma o que prejudica todo o andamento do pré-natal.

A enfermagem e as agentes comunitárias de saúde planejam as ações em grupos, sendo que para cada mês dispõe de equipe multidisciplinar para participarem das ações. Podemos concluir então que a saúde a gestante esta boa, toda equipe

juntamente com as próprias gestantes estão fazendo com que haja um bom acompanhamento de pré-natal.

São realizadas ações como controle mamográfico a cada dois anos a partir de 40 anos e controle anual a partir dos 50 anos, como estipulado pelo protocolo do Ministério da saúde. Os pedidos são realizados pelos médicos que trabalham na ESF, tanto o médico ginecologista quanto médicos da saúde da família que também realizam a parte de rastreio do Câncer de mama. Os resultados são registrados no prontuário comum dos pacientes e dependendo da alteração são encaminhadas aos especialistas de referência, ginecologista ou mastologista. Duzentas mulheres são cadastradas na área como entre 50 e 69 anos, ou seja, se avaliarmos é apenas 32% do total calculado para esta área demonstrando que estamos com poucos cadastramentos ou os mesmos estão sendo feitos de maneira incorreta. Mas se avaliarmos somente as mulheres cadastradas, percebemos que um número bom de pacientes, cerca de 75%, está com os exames em dia, sendo que todas recebem orientações sobre a prevenção do câncer de mama e apenas 5% do total das pacientes foram avaliadas como alto risco para câncer de mama.

Os exames preventivos citopatológicos do colo do útero são realizados pela parte da enfermagem tendo como base a primeira relação sexual ou após os 25 anos de idade, de acordo com o protocolo do Ministério da saúde, em todas as pacientes. Os exames são realizados anualmente, sem agendamento prévio.

Existem registros específicos dos exames citopatológicos onde constam todas as informações e quando foi realizado o último exame. Quando ocorre alguma alteração os pacientes são encaminhados para o serviço de ginecologia para melhor avaliação.

Não são realizados grupos de apoio à mulher mensalmente, porém anualmente existe a Campanha do Outubro Rosa, uma grande ação conjunta de diversos profissionais para atualizar exames e para disponibilizar informações importantes às mulheres, tanto sobre o Câncer de mama como o Câncer do colo de útero, informações sobre menopausa e seus sintomas, osteoporose, sobre DST's e como se proteger. As pacientes participam ativamente das consultas e as mesmas são informadas de quando realizar seus próximos exames. A qualidade do serviço é boa, tendo registros específicos de exames citopatológicos. O serviço é monitorado pela equipe de enfermagem, que faz rastreio de pacientes em atraso e busca ativa

das mesmas. Todos os membros da equipe trabalham para que haja um entendimento cada vez melhor para essa parcela da área de abrangência.

Em relação a hipertensos e diabéticos para ações de prevenção seguimos o sistema Hiperdia, onde há registros específicos dos pacientes atendidos e das suas medicações em uso. Estes pacientes são acompanhados mensalmente através do grupo, onde são ministradas rodas de conversa, em que os pacientes são questionados sobre aquilo que gostariam de aprender. As medicações são dispensadas nestes grupos onde cada paciente é instruído individualmente sobre a tomada correta das suas medicações e são tiradas dúvidas. Na unidade de saúde não são agendadas consultas e os pacientes diabéticos e hipertensos eles são atendidos em livre demanda diariamente. O caderno de ações programáticas estima que haja 456 hipertensos e 113 diabéticos, mas conforme as informações da UBS, temos 300 hipertensos e 80 diabéticos.

Caso ocorra qualquer tipo de urgência ou emergência hipertensiva, ou em relação às diabetes mellitus os pacientes são atendidos com prioridade e não saem da UBS sem atendimento médico. O aspecto positivo que podemos ressaltar são os pacientes acompanhados mensalmente pelo grupo. O que podemos ver como negativo são que as consultas não são marcadas com antecedência para estes pacientes, para que haja pelo menos uma consulta em âmbito da ESF semestralmente e que assim seja feita a correta avaliação de risco cardiovascular, sendo necessário, as vezes, exames complementares e exames para a avaliação de complicações principalmente de órgãos alvo destas doenças. Grande número de pacientes está aderindo bem ao grupo, sendo planejado pela enfermagem bem como o acompanhamento dos registros e dos pacientes faltosos. Toda equipe está envolvida para o melhor atendimento dos pacientes, com orientações e esclarecimento de dúvidas.

Na ESF o idoso é atendido sobre livre demanda, não existem consultas agendadas e os pacientes podem ser atendidos a qualquer turno diariamente,

Apenas os hipertensos e diabéticos são acompanhados no grupo específico para a sua doença. Ações preventivas específicas para a saúde do idoso não são realizadas, como também não existem registros específicos de pacientes com esta idade. Seria importante ressaltar que este seria um ponto negativo, pois os pacientes desta idade não possuem ações preventivas neste campo. O ideal seria que os pacientes fossem acompanhados e que existissem grupos para esta faixa etária que

necessita tanto de avaliação médica quanto de atenção psicológica. Não são realizadas ações específicas para este grupo etário, e as avaliações são baseadas nas comorbidades que o paciente possui e não apenas por ser idoso.

Planejar ações juntamente com todos os membros da equipe e melhorar e aprimorar a relação entre equipe e pacientes fará com que haja maior controle e prevenção de doenças. Após a realização de todas as tarefas e após avaliação de todos os questionários respondidos posso avaliar melhor a situação da minha ESF. Muitos fatos e dados que não pude compreender logo no início em relação a pacientes e atendimentos foram ficando claros com o decorrer das avaliações.

Dentre todos os pontos o maior problema apresentados foi à falta de cadastramento de todos os pacientes atendidos pela área de abrangência. Isso representou um percentual baixo de população coberta pela ESF, refletindo ou na falta de cadastramento, ou demonstrando que os pacientes procuram outros locais para atendimento. Vejo como ponto positivo a união da equipe para sanar os problemas apresentados. A cada questionário a equipe ajudava com informações e após o preenchimento avaliávamos como poderíamos melhorar a cada etapa. Um dos pontos que podemos melhorar com certeza é a realização de mais medidas preventivas, dando ênfase à saúde do idoso, bucal, gestante e pacientes diabéticos e hipertensos. Contudo, a equipe já está trabalhando para que cada vez mais façamos com que ocorra a prevenção maior da saúde da população.

1.3 Comparativo entre análise inicial e relatório situacional

Após avaliar todos os aspectos vejo como foi importante a realização de cada etapa das tarefas propostas, pois assim pude conhecer melhor a equipe de saúde, a estrutura da unidade em si e principalmente a população. Na primeira tarefa tinha uma visão geral de toda a equipe e população, fato que com o decorrer do preenchimento do caderno de ações programáticas e dos questionários pude conhecer a fundo as maiores necessidades apresentadas.

No início, por exemplo, não existiam grupos de Hipertensos e diabéticos e nem grupos de gestantes, o que agora, após avaliarmos, e nos reunirmos com a equipe começamos a realizar há um mês com o grupo de Hiperdia, diabéticos e hipertensos, e há duas semanas com o grupo de gestantes. Isso demonstra que em pouco tempo e com organização podemos realizar mais passos para a melhoria da saúde da população. É imprescindível que a equipe de saúde e população trabalhe unida para construir um futuro melhor na área da saúde.

2. Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O diabetes mellitus e a hipertensão arterial sistêmica estão entre as doenças crônicas mais prevalentes na população adulta. Cerca de 40% de toda população mundial adulta convive com a Hipertensão arterial³. Já o diabetes mellitus se apresenta em um percentual de 8% da população². Ou seja, grande porcentagem da população precisa conviver com estas doenças. Portanto é necessário fazer o melhor para que estes pacientes possam ser tratados da forma mais correta possível. Cada paciente deve receber atenção individual e tratamento específico, para isso ações coletivas como grupos e palestras são importantes para esclarecimento do paciente bem como ações individuais como avaliação de risco cardiovascular e risco de complicações. Toda a equipe de saúde deve estar unida e trabalhar juntamente com os pacientes para conseguir melhor adesão e melhor manutenção correta da doença.

Na Unidade de Saúde São Francisco de Paula, possuímos boa estrutura para consultas e intervenções necessárias para estes pacientes. A equipe é constituída de médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e dentista e todos trabalham juntos para o bem estar de todos pacientes. Atendemos uma população total de 3000 pacientes.

Dentre toda população atendida possuímos 80 pacientes diabéticos e 300 pacientes hipertensos cadastrados. Isso corresponde a 70% dos diabéticos estimados para nossa área de cobertura e corresponde a cerca de 65% dos hipertensos estimados para nossa área, evidenciando que é possível ampliar os usuários cadastrados, podemos então, chegar a conclusão que ou os pacientes não estão sendo cadastrados corretamente ou os mesmos estão consultando em outra área da região. Estes pacientes cadastrados são atendidos em consultas ambulatoriais na unidade e mensalmente comparecem em um grupo de ação coletiva onde eles tiram suas dúvidas e recebem palestras e esclarecimentos acerca de sua doença, a população participa ativamente destes grupos. A qualidade da atenção dada a esta população é boa, no entanto, é possível melhorar mais a qualidade e os registros, dessa forma vamos realizar a intervenção acompanhando todos os usuários, como se não houvesse informações sobre o mesmo.

2.2 Objetivos e Metas

Objetivo Geral

Melhorar o serviço de saúde aos pacientes hipertensos e diabéticos na UBS São Francisco de Paula, Frederico Westphalen,RS.

Objetivos específicos

- Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos;
- Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos;
- Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa;
- Melhorar o registro das informações;
- Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular;
- Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas

Para o Objetivo 1:

Meta 1.1. Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

Meta 1.2. Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Para o objetivo 2:

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos;

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos;

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos;

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Para o objetivo 3:

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada;

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Para o objetivo 4:

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Para o objetivo 5:

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Para o objetivo 6:

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos;

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos;

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos;

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos;

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos;

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos;

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos;

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

2.3 Metodologia

2.3.1 Detalhamento das Ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1. Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2 Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ações do eixo monitoramento e avaliação:

- Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde
- Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Detalhamento da ação: O monitoramento do número de pacientes cadastradas no programa será realizado em reuniões semanais com a equipe. A manutenção destes dados será garantida por meio das visitas domiciliares pelas agentes comunitárias e a atualização da ficha de cadastramento por qualquer profissional da equipe. A avaliação e monitoramento destes dados serão realizados com o uso da ficha espelho, individual e de acompanhamento, disponibilizada pelo curso, preenchimento da planilha de coleta de dados, também disponibilizada pelo curso, registro específico em prontuário clínico e livro de registro da unidade.

Ações do eixo organização e gestão do serviço:

- Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.
- Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de diabetes.
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento da ação: O cadastramento dos pacientes diabéticos e hipertensos será realizado em reuniões mensais do grupo Hiperdia, através de busca ativa das agentes comunitárias de saúde ou por livre demanda. Qualquer paciente diabético ou hipertenso poderá ser cadastrado e através do cadastro participar ativamente do grupo de saúde específico para sua comorbidade. Todo o paciente que for cadastrado deverá ser monitorado adequadamente através de aferição de pressão arterial

poresfigmomanômetro ou monitorado através de HGT, estas aferições e acompanhamento ocorrerá nas reuniões mensais que são acompanhadas multidisciplinarmente por médicos, enfermeiros e equipe de nutrição. O responsável por garantir esse material será a Secretaria Municipal de Saúde.

Ações do eixo engajamento público:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento da ação: A comunidade será orientada sobre a importância do acompanhamento de pacientes diabéticos e hipertensos bem como da existência do grupo de saúde que acompanha os mesmos. A comunidade também deve receber informações sobre rastreio de diabetes e a importância da aferição da pressão arterial em pacientes adultos a fim de promover maior diagnóstico e início de tratamento correto destas doenças. A população também deverá ser informada sobre os fatores de risco para o desenvolvimento destas doenças. Essa informações serão passadas para os pacientes nos grupos e nas consultas individuais por toda equipe.

Ações do eixo qualificação da prática clínica:

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento das ações: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Capacitar a equipe para a realização de HCG em pacientes diabéticos. Esta capacitação será realizada na unidade de saúde em reuniões mensais onde serão sanadas as dúvidas e dadas devidas informações e instruções as ACS.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde..

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Ações do eixo monitoramento e avaliação:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos.
- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes diabéticos.
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento da ação: Durante a consulta clínica com médico ou durante acompanhamento dos pacientes nas reuniões do grupo Hiperdia, avaliar a realização de exame clínico correto e exames laboratoriais. A frequência em que os exames são pedidos para uma boa avaliação também é de fundamental importância. Todo paciente deve ter uma ficha espelho individual para acompanhamento destes dados bem como quais medicações estão sendo utilizadas. Avaliar todos os pacientes para que se consiga a máxima utilização de medicamentos da farmácia popular básica.

Ações do eixo organização e gestão do serviço:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes diabéticos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento da ação: Cada membro da equipe possui um papel no acolhimento e atenção ao paciente diabético e hipertenso. Todos integrantes da equipe devem estar cientes do protocolo de atendimento a estes pacientes, isto será protocolado e organizado nas reuniões semanais que acontecem entre toda a equipe. Exames complementares, laboratoriais, devem ser solicitados pelo médico para melhor acompanhamento. Estes exames devem ser realizados de maneira eficiente em conjunto com a secretaria municipal de saúde.

Avaliar medicações em uso através dos grupos e fichas individuais espelhos de cada paciente, a fim de avaliar suas medicações e de maneira mais apropriada manter as medicações que são disponíveis na rede básica de saúde.

Ações do eixo engajamento público:

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento da ação: Toda comunidade deve ser orientada e instruída sobre estas doenças, bem como seus fatores de risco e como preveni-las. É importante também orientar sobre exames complementares de rotina em consultas médicas, a fim de rastrear as doenças. A comunidade bem como paciente devem ser orientadas por todos membros da equipe que estas doenças possuem tratamento e que suas medicações em sua maioria são disponibilizadas nas farmácias básicas de saúde. Essas orientações serão passadas durante as consultas, durante o grupo HIPERDIA, e através de panfletos distribuídos gratuitamente na unidade de saúde.

Ações do eixo qualificação da prática clínica:

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento das ações: Toda equipe deve estar ciente e informada sobre exame clínico e laboratorial correto nestes pacientes, todos em suas funções sabendo a quem recorrer para o próximo passo de acompanhamento. Bem como toda equipe

deve saber e estar atualizada sobre as medicações disponibilizadas e sobre seu estoque nas farmácias populares do município. Reuniões semanais serão feitas com toda equipe onde leremos os manuais e diretrizes do Ministério da Saúde sobre diabetes e Hipertensão e assim esclarecemos as dúvidas e trocaremos informações.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Ações do eixo monitoramento e avaliação:

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento da ação: O paciente deve ser monitorado quanto a adesão a consulta ambulatorial com médico, semestralmente, e também deve ser avaliado quanto a sua presença do grupo de saúde, onde as reuniões ocorrem mensalmente com presença de toda equipe de saúde.

Ações do eixo organização e gestão do serviço:

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.
- Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento da ação: Toda equipe principalmente as ACS devem fazer busca ativa domiciliar a estes pacientes faltosos, a fim de orienta-los e instruí-los a comparecer nas próximas consultas/grupo de saúde.

Ações do eixo engajamento público:

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).

- Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento da ação: Todos pacientes e a comunidade devem ser informados da importância da participação nos grupos de saúde e na realização de consultas periódicas. A comunidade também deve ser ouvida a fim de melhorar a relação da equipe com os pacientes e assim melhorar a participação de todos nos grupos de saúde. Os pacientes serão sempre informados através do grupo Hiperdia, panfletos distribuídos na Unidade e durante as consultas médicas.

Ações do eixo qualificação da prática clínica:

- Treinar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
- Treinar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento das ações: Toda equipe principalmente as ACS devem fazer busca ativa domiciliar a estes pacientes faltosos a fim de orienta-los e instruí-los a comparecer nas próximas consultas/grupo de saúde. O treinamento das agentes comunitárias de saúde se dará pela equipe de enfermagem em reuniões semanais onde serão esclarecidas dúvidas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações do eixo monitoramento e avaliação:

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

- Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento da ação: Todos pacientes possuem uma ficha individual que deve ser preenchida corretamente e monitorada pela equipe de enfermagem a cada reunião do grupo de saúde.

Ações do eixo organização e gestão do serviço:

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento da ação: Todos pacientes possuem uma ficha individual que deve ser preenchida corretamente e monitorada pela equipe de enfermagem a cada reunião do grupo de saúde. A ficha deve conter dados como exames complementares, medicações em uso, realização de estratificação de risco. Toda equipe deve estar cientes das informações ali preenchidas. Estas fichas serão organizadas e separadas dos outros prontuários para acesso mais fácil e mais fácil organização. A equipe de enfermagem manterá estas fichas atualizadas e organizadas. O SIAB será atualizado ao fim da intervenção a fim de avaliar quais pacientes ainda não estão cadastrados e assim fazer seu cadastro correto.

Ações do eixo engajamento público:

- Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento da ação: Toda comunidade deve ter acesso a sua ficha espelho bem como ao seu prontuário e estar de acordo e ciente de todas as informações ali contidas. Nos grupos de saúde do Hiperdia todas as fichas serão sempre atualizadas e cada paciente terá acesso a sua ficha e prontuário antes da avaliação de pressão arterial ou no caso dos pacientes diabéticos, antes do hemoglicoteste. Assim os pacientes também terão acesso a como esta a média de sua pressão ou glicose e discutir isso durante a reunião com a equipe.

Ações do eixo qualificação da prática clínica:

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.
- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético.

Detalhamento das ações: Todos pacientes possuem uma ficha individual que deve ser preenchida corretamente e monitorada pela equipe de enfermagem. Toda equipe deve estar cientes das informações ali preenchidas, bem como saber como completá-la corretamente. Durante as reuniões semanais que ocorrem eu explicarei e capacitarei a todos da equipe para preenchimento da ficha.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações do eixo monitoramento e avaliação:

- Monitorar o número de pacientes hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.
- Monitorar o número de pacientes diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento da ação: Avaliar clinicamente o número de pacientes diabéticos e hipertensos cadastrados com realização de estratificação de risco cardiovascular. A estratificação do risco cardiovascular será realizada por mim nas consultas em que todos pacientes passarão, através de seus exames laboratoriais poderemos avaliar este risco e preveni-lo.

Ações do eixo organização e gestão do serviço:

- Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento da ação: Pacientes que receberam classificação de alto risco devem receber atenção especial bem como atenção nas consultas. Consultas pré agendadas devem fazer parte deste grupo de pacientes. As recepcionista receberão a lista dos pacientes classificados como alto risco e agendarão as consultas mas ficará a critério da equipe de enfermagem avaliar se este paciente esta comparecendo as consultas.

Ações do eixo engajamento público:

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento da ação: Orientar aos pacientes e comunidade sobre importância de acompanhamento correto bem como tratamento correto destas doenças. A população também deve ser orientada sobre fatores de risco para o desenvolvimento destas doenças. Estas orientações serão passadas durante as próprias consultas médicas pelo médico, palestras do grupo Hiperdia pelo palestrante ou orientador ou em panfletos que serão distribuídos na unidade de saúde.

Ações do eixo qualificação da prática clínica:

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, (em especial a avaliação do pés para pacientes diabéticos)
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento das ações: A equipe deve ter conhecimento de avaliação de risco cardiovascular bem como identificar lesões em órgão alvo, sabendo registrar de forma correta e orientando os pacientes sobre a forma de prevenção de riscos modificáveis. As capacitações da equipe ocorrerão em reuniões semanais onde leremos juntos todos os manuais e diretrizes do Ministério da Saúde para o manejo correto da doença. Assim também poderemos esclarecer nossas dúvidas durante a reunião.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Ações do eixo monitoramento e avaliação:

- Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos com o dentista.
- Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos diabéticos com o dentista.
- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

Detalhamento da ação: Avaliar na ficha espelho individual e prontuário do paciente sobre sua saúde bucal a fim de priorizar um melhor atendimento regular em saúde bucal. Toda equipe deve monitorar o paciente em relação à saúde bucal, orientações sobre atividades físicas e nutrição adequada bem como cessar o tabagismo. Toda

equipe deve estar capacitada para este monitoramento. O monitoramento será realizado semanalmente pela equipe de enfermagem.

Ações do eixo organização e gestão do serviço:

- Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso.
- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.
- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes.
- Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao diabético.
- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.
- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes.
- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo.

Detalhamento da ação: Manter adequado controle de agendamentos para consultas odontológicas em pacientes diabéticos e hipertensos. Todo paciente deve ser avaliado, sob aspecto de saúde bucal e todos da equipe estão aptos e capacitados a agendar estas consultas. Todo paciente deve receber informação sobre forma de vida saudável para tanto palestras e debates sobre nutrição, tabagismo e prática de exercícios físicos deve ser preconizada. A Secretária Municipal de Saúde será contatada para que possamos solicitar profissionais para nos ajudar nas áreas como nutrição, pois não dispomos de nutricionistas na unidade de saúde. Medicações para ajuda a cessar o tabagismo serão solicitadas também a Secretaria Municipal de Saúde para ajuda no combate ao cigarro.

Ações do eixo engajamento público:

- Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.
- Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.
- Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento da ação: A equipe e comunidade devem trabalhar juntas para que toda a população seja esclarecida sobre uma forma de vida mais saudável bem como uma forma de prevenir maiores riscos de desenvolver doenças crônicas. Para tanto devem ser realizadas palestras e debates envolvendo pacientes e equipe para tirar suas dúvidas e dar mais esclarecimento sobre o assunto. Durante o grupo Hiperdia é que dispomos desta interação maior com a comunidade, é neste momento então que devemos unir forças para a melhoria da saúde.

Ações do eixo qualificação da prática clínica:

- Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento das ações: Toda a equipe deve estar capacitada a repassar informações sobre forma de vida saudável e bem como prevenir riscos cardiovasculares e desenvolvimento de doenças crônicas a toda a população. Entre estes aspectos podemos citar a saúde bucal, alimentação adequada, prática de exercícios físicos e sobre cessar o tabagismo. A capacitação será feita da mesma

maneira que nos outros eixos, durante a reunião semanal onde esclareceremos dúvidas e trocaremos informações sobre o assunto.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1. Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes da Unidade de Saúde.

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicadores: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicadores: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicadores: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicadores: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus vamos adotar as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2013-2014 para diabetes, Cadernos de atenção básica nº 36 e 37 do Ministério da Saúde e a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, 2010, para Hipertensão arterial.

Serão utilizadas para registros e pesquisas os prontuários, e mais especificamente, os registros dos grupos do Hiperdia, que são reuniões realizadas mensalmente, para diabéticos e hipertensos, onde são ministradas palestras e são esclarecidas dúvidas de pacientes. Nestes registros específicos (anexos A e B) estão informações como idade, medicações em uso, pressão arterial, para os hipertensos, aferida em todas as reuniões e HGT, para os diabéticos, aferida em todas as reuniões e se o paciente é tabagista. Nestas fichas, porém, não constam exames de rotina feitos, nem o risco cardiovascular calculado. Temos uma média estimada de 900 a 1000 pacientes para atingir a meta de cerca de 50% dos pacientes cadastrados. Para tal aumentaremos o número de reuniões, onde serão coletados os dados faltantes e realizado a avaliação de risco do maior número de pacientes possíveis.

A enfermeira e técnicos de enfermagem farão um registro e avaliação dos pacientes já acompanhados nas reuniões nos últimos dois meses para avaliar quais dados faltantes, além de exames faltantes para após transcrever para uma planilha

manual todos os dados dos pacientes. Também realizaremos a avaliação com consultas médicas nos pacientes recém-cadastrados.

O primeiro passo é a maior cobertura dos pacientes, ou seja, aumentar o cadastramento e diagnóstico destas doenças. Para tal, nós médicos utilizaremos métodos diagnósticos e as agentes de saúde além de fazer busca ativa de todos pacientes diabéticos e hipertensos, avaliem sintomas de possível diagnóstico das doenças para que estes pacientes sejam encaminhados a unidade de saúde para que seja feito diagnóstico e acompanhamento correto da doença. As agentes serão orientadas com ajuda da enfermagem e médicos em reuniões semanais que ocorrem por 2 horas na unidade. Toda equipe já sabe qual será a intervenção e, portanto, todos estão de acordo em aumentar o conhecimento sobre ambas patologias.

Após esta busca ativa, as reuniões continuarão a ocorrer mensalmente em que a equipe de enfermagem e médicos irão anotar todos os dados dos pacientes, bem como se estão em dia com exames de rotina e se tem risco cardiovascular avaliados. Estas anotações estarão escritas em fichas manuais que a enfermagem irá tomar nota.

Todos os pacientes serão consultados pelo médico pelo menos uma vez durante a intervenção. Todos os pacientes com exames em atraso ou avaliação de risco cardiovascular serão avaliados e suas informações serão atualizadas para que haja melhor qualidade de atendimento de todos pacientes. As avaliações de risco cardiovascular bem como exames a serem solicitados serão feitos por mim, que como médica posso avaliar e medicá-los de acordo com suas necessidades.

Temos grupos de saúde como o Hiperdia que promover ações de promoção de saúde para a comunidade e assim faz com que aumente a confiança na equipe o que leva a um aumento da adesão dos pacientes ao programa.

Com aumento de cobertura e melhor qualidade de atendimento poderemos melhorar a atenção básica em saúde dos pacientes atendidos na Unidade de saúde, bem como tratamento adequado para cada um deles.

Divulgar os resultados da intervenção para a comunidade												
Busca ativa dos pacientes faltosos ao grupo pelos ACS												
Organizar arquivo para acomodar os prontuários dos HAS/DIA												
Monitoramento da qualidade das ações												
Consultas odontológicas aos pacientes com HAS/DIA												

3 Relatório de Intervenção

A intervenção se baseou em diabéticos e hipertensos atendidos e acolhidos em nossa área de atuação da ESF São Francisco de Paula entre os meses de agosto a outubro de 2014. Muitos destes hipertensos e diabéticos estavam sem o acompanhamento correto e sem a correta estrutura de tratamento, além de não estarem com os exames complementares em dia e exame clínico em dia, principalmente os diabéticos.

Pelas estimativas da população estávamos atendendo um número muito baixo de pacientes diabéticos e/ou hipertensos. Havia poucos pacientes cadastrados para a área total de abrangência. Portanto a nossa meta além de melhorar em qualidade de atendimento destes pacientes, conseguir aumentar estes índices cadastrando todos os pacientes e fazendo uma busca ativa a possíveis pacientes com diagnóstico de hipertensão ou diabetes mellitus.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas – facilidades e dificuldades

Nossa intervenção se baseou em consultas com pacientes cadastrados e recém-cadastrados, reuniões semanais com toda equipe, monitoramento da intervenção, monitoramento das medicações da farmácia popular, bem como informações prestadas a população: cartazes com explicações e informações a respeito destas doenças, panfletos colocados na sala de recepção com a mesma

finalidade. Além destas ações mensalmente realizamos o grupo HIPERDIA com todos os pacientes tanto os pacientes recém-cadastrados quanto os pacientes já cadastrados, nestas reuniões são realizadas palestras, esclarecimentos e dinâmicas em grupo para melhorar a adaptação dos pacientes a suas comorbidades.

As consultas eram estabelecidas nas segundas-feiras e quartas-feiras. Os atendimentos baseavam-se em uma consulta clínica completa com completo exame físico e completo preenchimento de dados. Também eram dadas explicações e tiradas dúvidas dos pacientes. Os pacientes eram orientados a consultas odontológicas, exercícios físicos, alimentação saudável e sobre tabagismo. Para aqueles pacientes com exames complementares atrasados, foram solicitados novos exames para monitoramento de doença e complicações bem como estratificação de risco cardiovascular de cada um dos pacientes.

Toda a semana a equipe se reunia para discussões sobre a intervenção. O que havia dado certo e as dificuldades encontradas. Discutíamos possíveis etapas para melhorar o projeto. Todos tiravam suas dúvidas e esclareciam seus papéis durante toda a intervenção e após onde o projeto iria seguir melhorando a qualidade das ações de saúde na comunidade. Nestas reuniões também revisávamos mensalmente os medicamentos que dispomos.

Durante todo o processo de intervenção panfletos e cartazes foram disponibilizados na unidade de saúde sobre Hipertensão e Diabetes mellitus, bem como explicações e esclarecimento de dúvidas para toda a população. Também foram anexados cartazes dos dias das reuniões do grupo HIPERDIA. A rádio comunitária também ajudou na divulgação dos grupos.

Os grupos HIPERDIA foram realizados mensalmente. Durante os grupos toda a população de diabéticos e hipertensos cadastrados foi atendida. Durante o grupo palestras foram ministradas, como alimentação saudável, prática de exercícios físicos, tabagismo, conversamos sobre o Outubro Rosa e sua campanha e sobre o Novembro Azul. Bem como em cada reunião tirávamos dúvidas dos pacientes e esclarecíamos qualquer dificuldade. Em todos os grupos era aferida a pressão arterial de todo o paciente e feito o HGT nos pacientes diabéticos como modo de controle. Exercícios de sociabilização e dinâmicas em grupo para os pacientes.

Encontramos dificuldade no último mês, pois a medicação metoprolol foi parou de ser distribuída, portanto ficamos sem este medicamento e muitos pacientes

tiveram quer comprar ou não fizeram uso pois não conseguiram comprar. Revisávamos também o SIAB e atualizávamos a situação.

Nossa maior dificuldade encontrada foi a busca ativa destes pacientes através das agentes comunitárias de saúde. Elas são de fundamental importância para que o projeto desse certo, pois foram elas que trouxeram os pacientes da sua casa para o acolhimento na UBS. Como ponto positivo posso expressar que todos pacientes retornaram a consulta com os exames complementares solicitados para realização de estratificação de risco e acompanhamento da doença. Isso demonstra que a população esta pronta e necessita de melhores cuidados da saúde.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas – facilidades e dificuldades

Durante todo o processo de intervenção tudo ocorreu como planejado, obtendo um número bastante expressivo de pacientes acompanhados e que retornaram as consultas com os exames para mantê-los em dia.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados – facilidades, dificuldades, e incorporação à rotina de serviços.

As planilhas e fichas disponibilizadas pelo curso foi essencial para que pudéssemos fazer os registros e avaliar o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, no início parecia ser muita coisa para ser feito, mas a equipe com o tempo se adaptou e está conseguindo registrar da melhor forma possível. Também tive um pouco de dificuldade nos primeiros contatos com a planilha de coleta de dados, mas fui entendendo o seu processo no decorrer do curso.

3.4 Viabilidades da incorporação das ações à rotina de serviços.

Com certeza a intervenção continuara na minha UBS, pois toda equipe viu que é possível sim melhorar a qualidade dos atendimentos, somente é preciso se organizar e fazer a busca ativa dos pacientes faltosos para que todos recebam a atenção que sua saúde merece.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção realizada por mim na UBS direcionada aos pacientes diabéticos e hipertensos da nossa área de abrangência que atende cerca de 3000 pacientes. O atendimento foi priorizado aos pacientes com 20 anos ou mais. Os dados sobre os pacientes diabéticos e hipertensos foram colhidos com ajuda dos dados pré-existentes na UBS. Como a UBS já realizava há alguns anos o grupo do HIPERDIA que reúne hipertensos e diabéticos para palestras e esclarecimentos sobre a doença fomos capazes de pegar algumas informações deste grupo e atualizá-las ou preenche-las por completo. As agentes comunitárias de saúde também fizeram busca ativa a todos pacientes faltosos aos grupos e as consultas. Após registro de todos pacientes, eles passaram por consulta médica para atualização de registros e atualização de exames laboratoriais e clínicos se necessário.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

1.1. Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

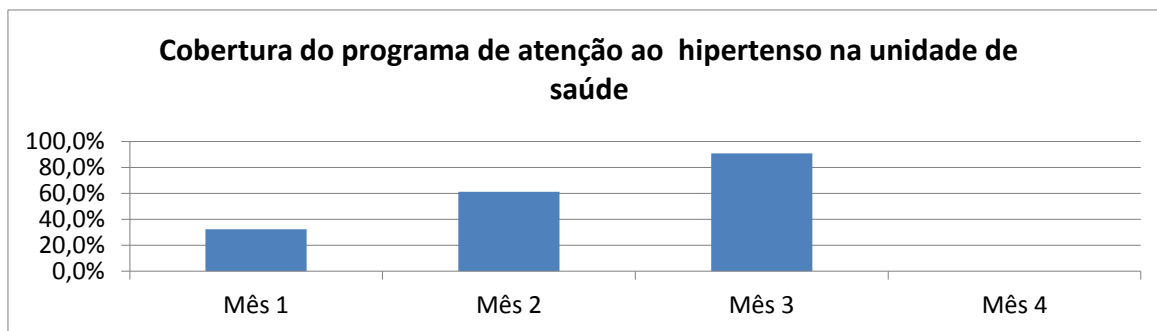


Figura 1 – Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.
Fonte: Planilha de coleta de dados.

Conseguimos alcançar a meta prevista e supera-la, pois muitos pacientes que participavam do grupo HIPERDIA colaboraram de forma espontânea e novos pacientes também participaram, com isso acabamos alcançando uma meta muito mais alta que a planejada. Isto demonstra que os pacientes somente precisam de um incentivo para que possam melhorar sua saúde. A meta prevista era de 50% e conseguimos uma meta de 91%, ou seja, de um total de 300 hipertensos da área, acompanhamos 273 usuários.

1.2 Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

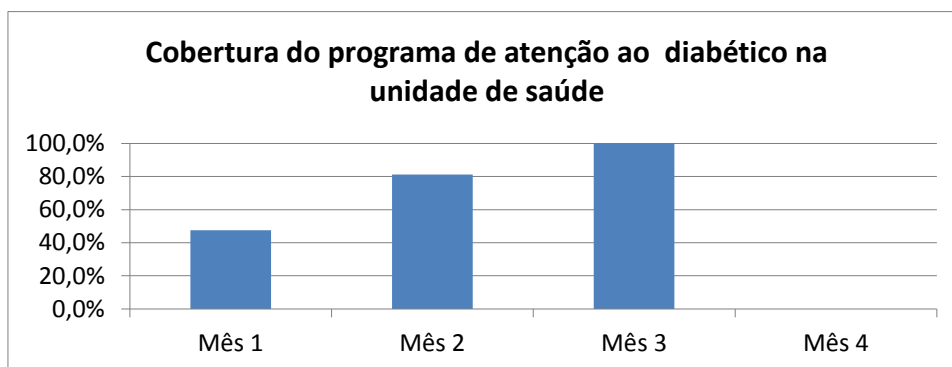


Figura 2 - Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.
Fonte: Planilha de coleta de dados.

Esta meta foi alcançada e até ultrapassada devido aos novos diagnósticos que foram feitos durante a intervenção. As agentes de saúde foram de fundamental importância para que este fato tenha ocorrido e que grande parte da população está agora ciente de sua doença e recebendo informações sobre como ela pode ser estabilizada e assim evitar complicações. Nossa meta prevista era de 50% e alcançamos uma meta de 100%, ou seja, dos 80 diabéticos que existiam na área adstrita, conseguimos diagnosticar mais 10 usuários como diabéticos, logo, acompanhamos 90 usuários.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

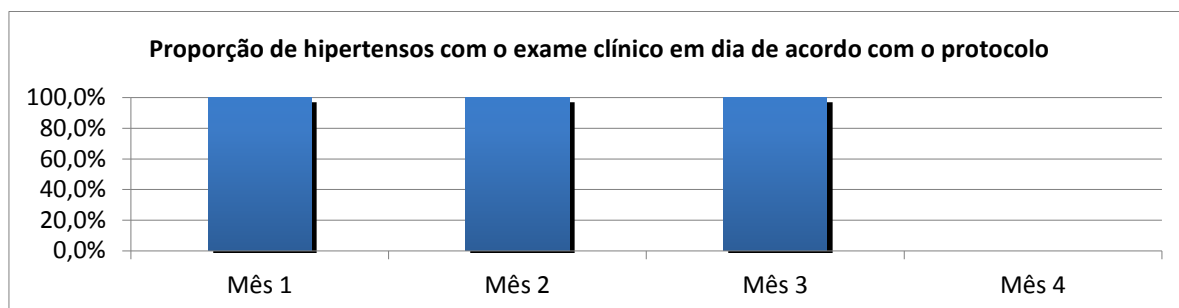


Figura 3 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso com exame clínico apropriado na unidade de saúde. Fonte: Planilha de coleta de dados.

Meta alcançada. Como todos os pacientes foram atendidos em consultas médicas, conseguimos alcançar números de 100% nesta meta. Temos como planejamento para continuidade da intervenção fazer consultas rotineiras semestrais para estes pacientes e assim manter sempre o exame clínico em dia.

2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

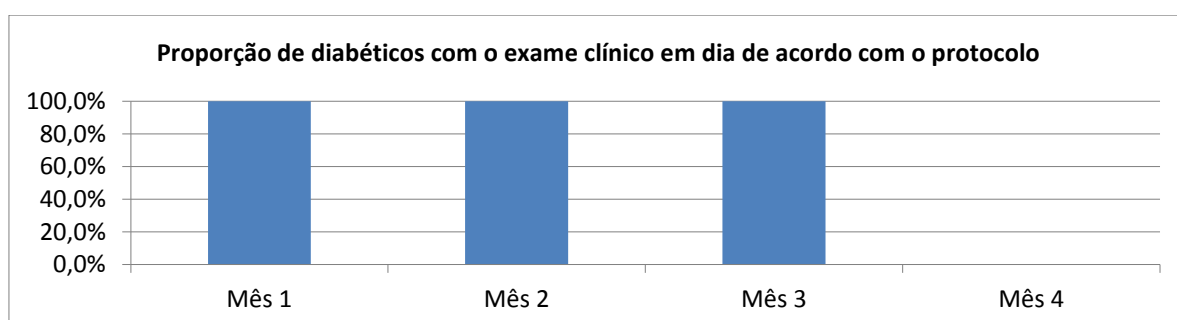


Figura 4 – Cobertura do programa de atenção ao diabético com exame clínico apropriado na unidade de saúde. Fonte: Planilha de coleta de dados.

Meta alcançada em 100%. Assim como os hipertensos todos os pacientes diabéticos, tanto antigos quanto recém diagnosticados passaram por consulta médica. Nesta consulta exames clínicos foram realizados. Pretendemos manter a intervenção assim como nos hipertensos e realizar exames semestrais em todos pacientes diabéticos para que o exame clínico se mantenha em dia.

2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

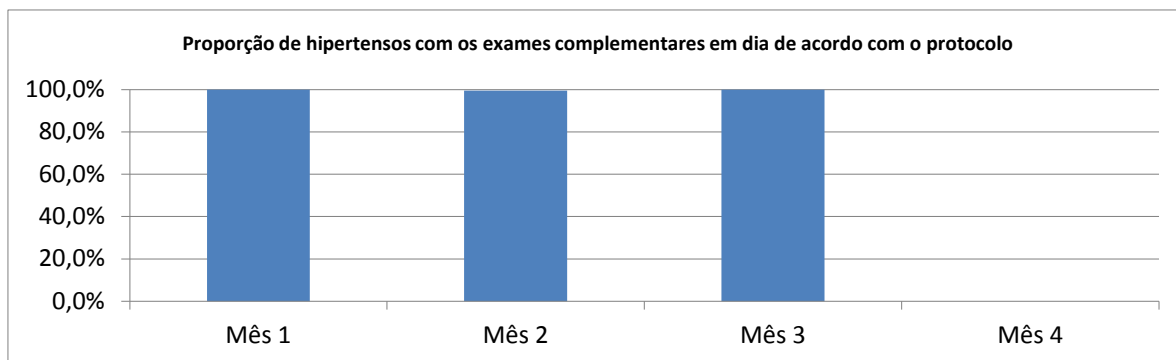


Figura 5 – Cobertura do programa de atenção ao hipertenso com exames complementares em dia na unidade de saúde. Fonte: Planilha de coleta de dados.

Meta alcançada. Assim como foram realizados exames clínicos em todas as consultas também foram pedidos e avaliados exames laboratoriais para todos pacientes que não tinham o mesmo em dia. Como todos passaram por consulta alcançamos a meta de 100%.

2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

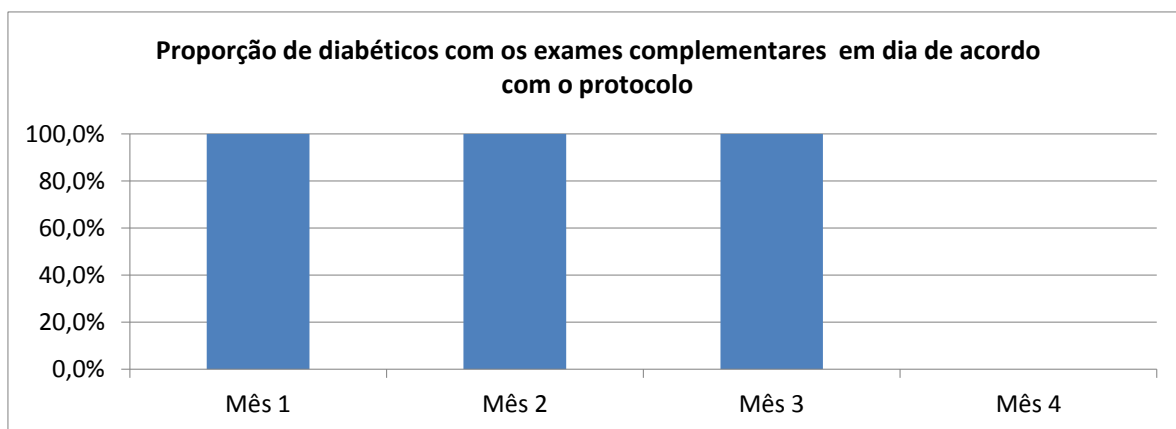


Figura 6 – Cobertura do programa de atenção ao diabético com exames complementares em dia na unidade de saúde. Fonte: Planilha de coleta de dados.

Meta alcançada em 100%. Assim como os hipertensos, foram pedidos exames laboratoriais para todos os diabéticos atendidos. E como todos passaram por consultas médicas, todos os que não estavam com exames em dia os fizeram e aqueles que tinham exames em dia apenas passamos para a ficha do paciente. Mas todos eles estão agora com exame em dia, no mínimo, anualmente todos pacientes tanto diabéticos quanto hipertensos fazem exames complementares.

2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

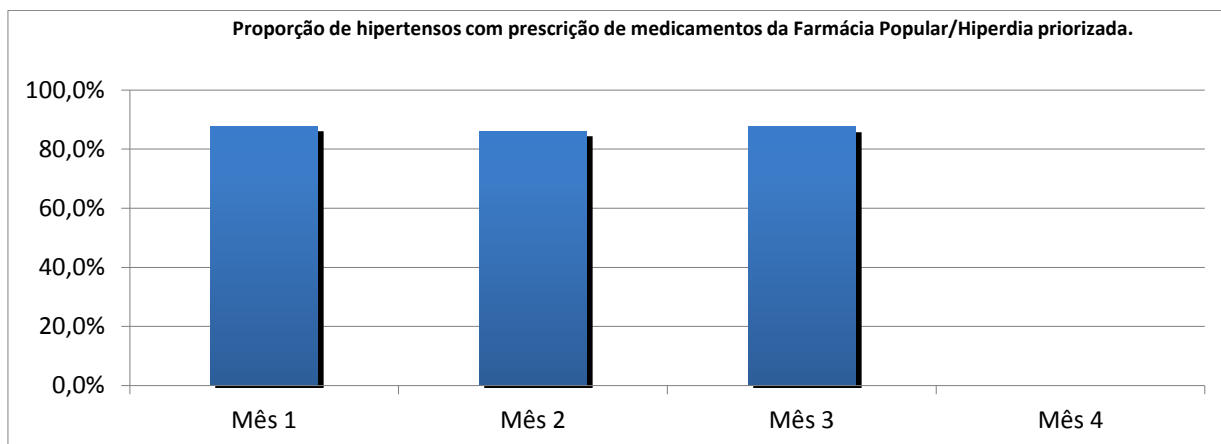


Figura 7 – Cobertura do programa de atenção ao hipertenso com prescrição de medicamentos da farmácia popular. Fonte: Planilha de coleta de dados.

Meta parcialmente alcançada. A grande maioria de nossos pacientes utiliza a farmácia popular do SUS e seus medicamentos, porém alguns consultam também em consultórios particulares onde são prescritas outras medicações ou combinações de medicações que não dispomos no SUS. A meta de 100% não foi alcançada devido a estes pacientes que também frequentam consultórios particulares. Alcançamos uma meta de 87%.

2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

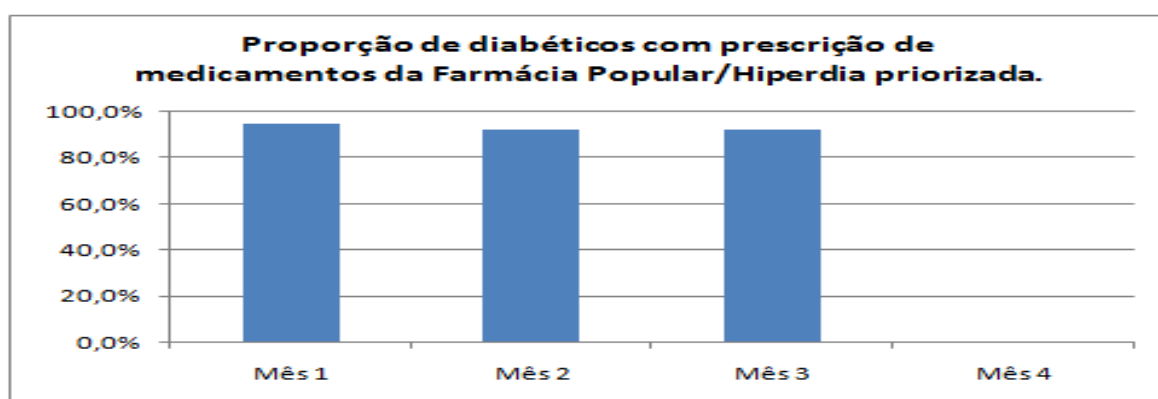


Figura 8 – Cobertura do programa de atenção ao diabético com prescrição de medicamentos da farmácia popular. Fonte: Planilha de coleta de dados.

Meta parcialmente alcançada. Assim como os hipertensos alguns diabéticos utilizam medicações prescritas por médicos em consultórios particulares o que não

manteve nossa meta em 100% e sim em cerca de 93,2% dos pacientes utilizando somente medicações da farmácia popular do SUS.

2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

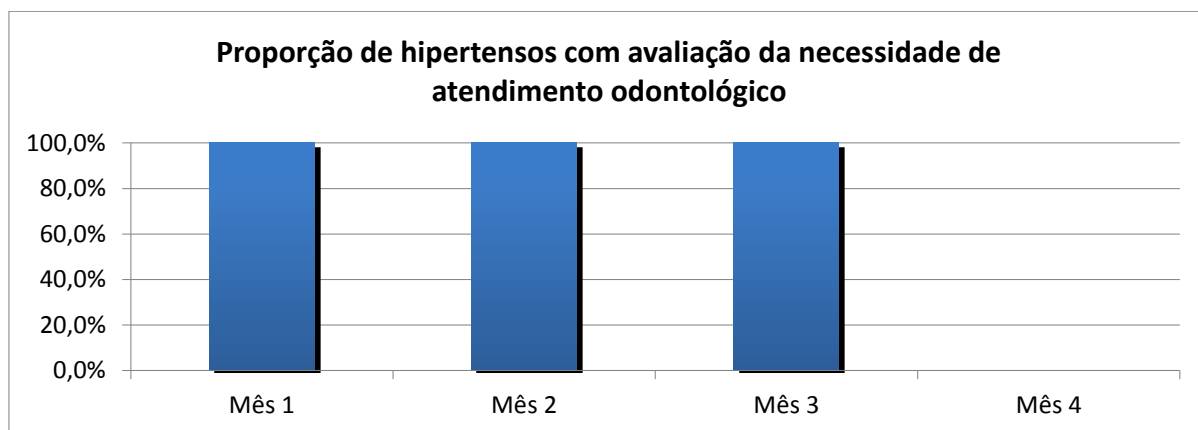


Figura 9 – Cobertura do programa de avaliação de necessidade de atendimento odontológico ao hipertenso. Fonte: Planilha de coleta de dados.

Meta alcançada. Como foram realizadas consultas médicas em todos pacientes também foi realizada avaliação de necessidade de atendimento odontológico aos mesmos. Aos que necessitavam foram agendadas consultas de avaliação, alcançando assim a meta de 100%.

2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

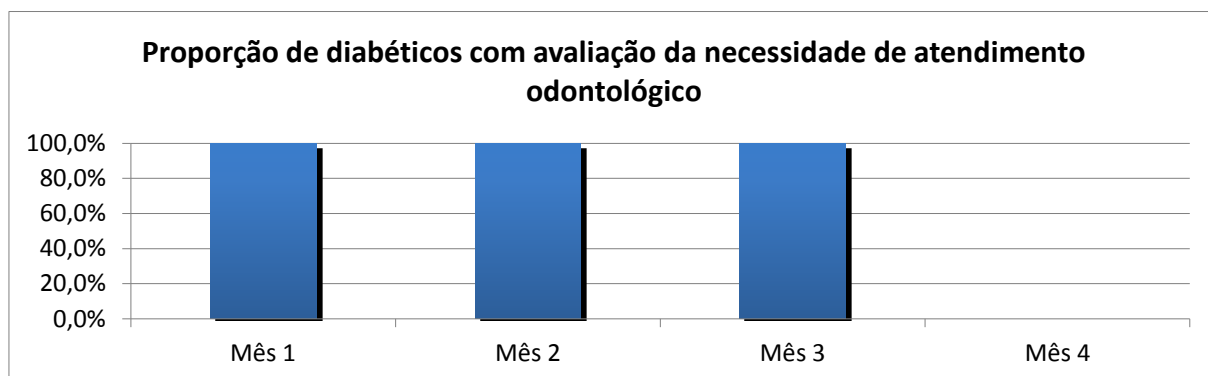


Figura 10 – Cobertura do programa de avaliação de necessidade de atendimento odontológico ao hipertenso. Fonte: Planilha de coleta de dados.

Meta alcançada. Assim como foram realizadas consultas médicas em todos pacientes hipertensos também foram realizadas consultas em todos pacientes diabéticos em que foi realizada avaliação de necessidade de atendimento odontológico aos mesmos. Aos que necessitavam foram agendadas consultas de avaliação, alcançando assim a meta de 100%.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta alcançada. Devido ao trabalho intenso e eficaz das agentes comunitárias de saúde, fomos capazes de atender a todos os pacientes e a fazer busca de todos, não tendo assim nenhum paciente faltoso as consultas médicas.

3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta alcançada em 100%. Devido ao trabalho intenso e eficaz das agentes comunitárias de saúde, fomos capazes de atender a todos os pacientes e a fazer busca de todos, não tendo assim nenhum paciente faltoso as consultas médicas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

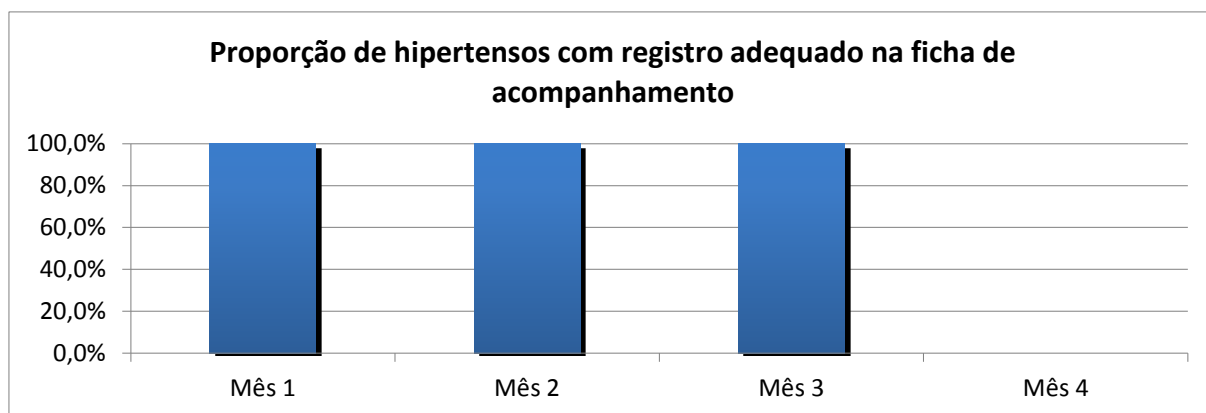


Figura 11 – Cobertura dos pacientes hipertensos com ficha de acompanhamento de 100% mantida na unidade de saúde. Fonte: Planilha de coleta de dados.

A ficha de acompanhamento dos pacientes foi preenchida corretamente durante as consultas e durante os grupos do HIPERDIA conseguindo assim chegar a meta dos 100% de fichas acompanhadas na unidade de saúde tanto de hipertensos quanto de diabéticos.

4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

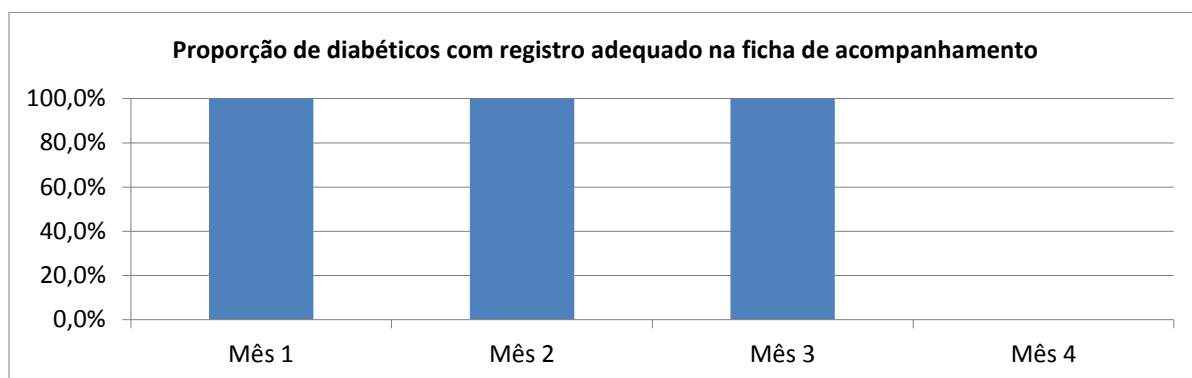


Figura 12 – Cobertura dos pacientes diabéticos com ficha de acompanhamento de 100% mantida na unidade de saúde. Fonte: Planilha de coleta de dados.

A ficha de acompanhamento dos pacientes foi preenchida completamente durante as consultas e durante os grupos do HIPERDIA conseguindo assim chegar a meta dos 100% de fichas acompanhadas na unidade de saúde tanto de hipertensos quanto de diabéticos.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

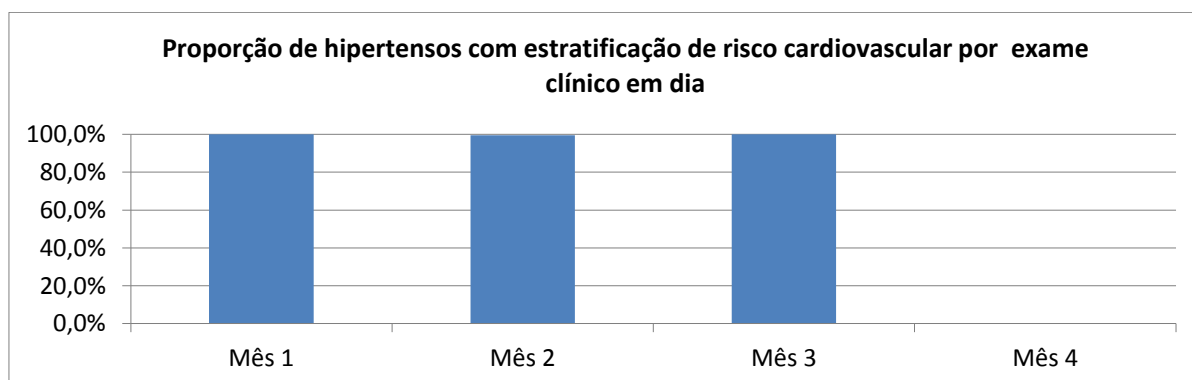


Figura 13 – Cobertura dos pacientes hipertensos com risco cardiovascular realizado na unidade de saúde. Fonte: Planilha de coleta de dados.

Em todos os pacientes foi realizada a estratificação de risco cardiovascular. Todos eles passaram por consultas médicas onde seus exames foram avaliados e assim pode ser feita a estratificação de risco. Assim atingimos a meta de 100% dos pacientes hipertensos com a realização da estratificação de risco e assim melhor prevenção da doença cardiovascular.

5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

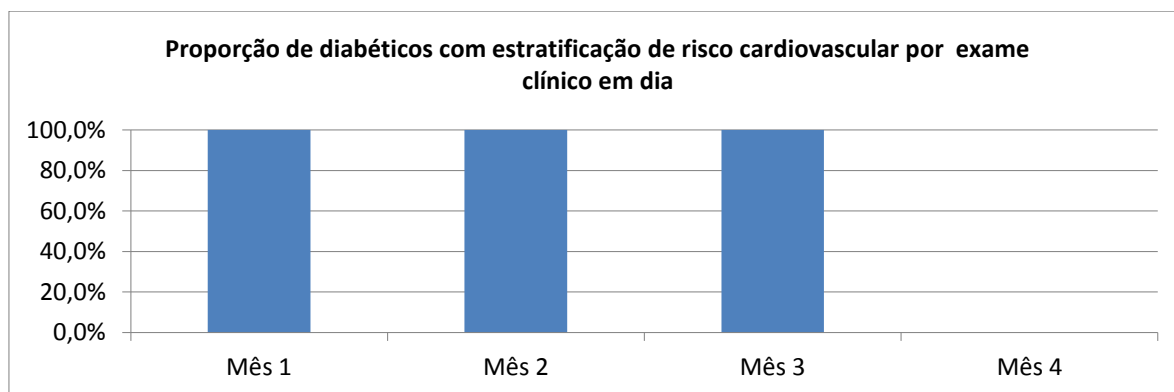


Figura 14 – Cobertura dos pacientes diabéticos com risco cardiovascular realizado na unidade de saúde. Fonte: Planilha de coleta de dados.

Todos os pacientes diabéticos realizaram exames complementares. Através destes foi possível realizar a estratificação cardiovascular de todos os pacientes. Atingimos a meta de 100% dos pacientes atingidos terem realizado a estratificação cardiovascular para prevenir possíveis complicações.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

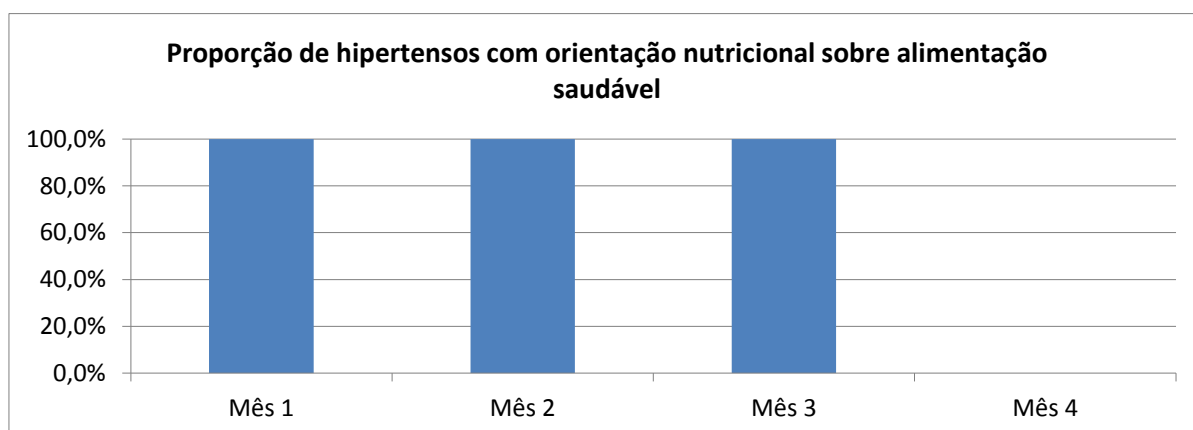


Figura 15 - Cobertura dos pacientes hipertensos orientados sobre nutrição na unidade de saúde. Fonte: Planilha de coleta de dados.

Todos os pacientes foram orientados durante as consultas e os grupos de HIPERDIA sobre alimentação saudável através de palestras e esclarecimento de dúvidas. Cobrindo assim de a meta de 100% dos pacientes orientados.

6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

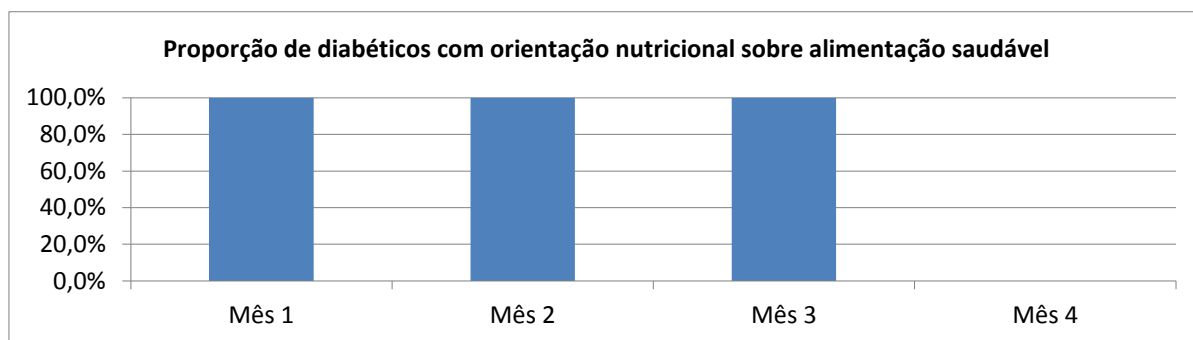


Figura 16-Cobertura dos pacientes diabéticos orientados sobre nutrição na unidade de saúde. Fonte: Planilha de coleta de dados.

Todos os pacientes foram orientados durante as consultas e os grupos de HIPERDIA sobre alimentação saudável através de palestras e esclarecimento de dúvidas. Cobrindo assim de a meta de 100% dos pacientes orientados.

6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

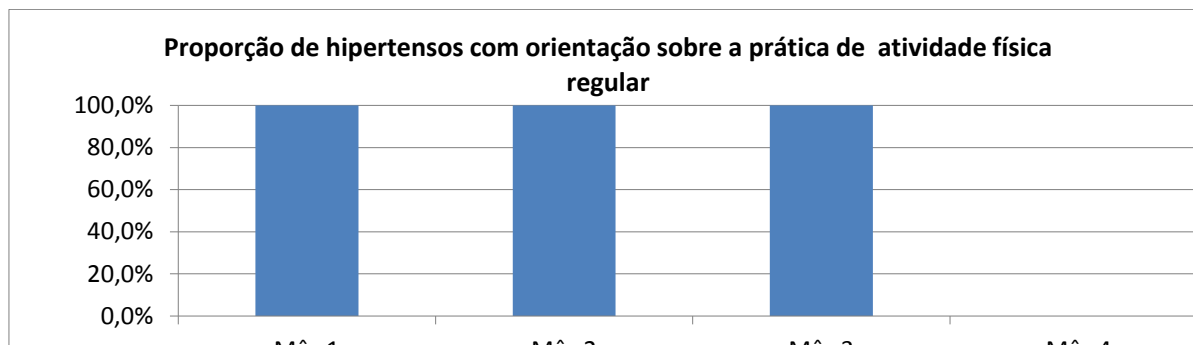


Figura 17 - Cobertura dos pacientes hipertensos orientados sobre prática regular de atividade física na unidade de saúde. Fonte: Planilha de coleta de dados.

Todos os pacientes foram orientados durante as consultas e os grupos de HIPERDIA sobre a prática regular de atividade física através de palestras e

esclarecimento de dúvidas. Cobrindo assim de a meta de 100% dos pacientes orientados.

6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

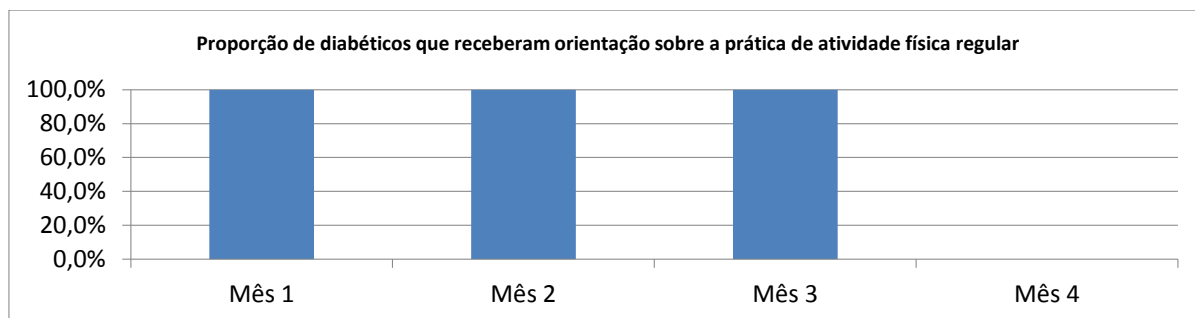


Figura 18 - Cobertura dos pacientes diabéticos orientados sobre prática regular de atividade física na unidade de saúde. Fonte: Planilha de coleta de dados.

Todos os pacientes foram orientados durante as consultas e os grupos de HIPERDIA sobre a prática regular de atividade física através de palestras e esclarecimento de dúvidas. Cobrindo assim de a meta de 100% dos pacientes orientados.

6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

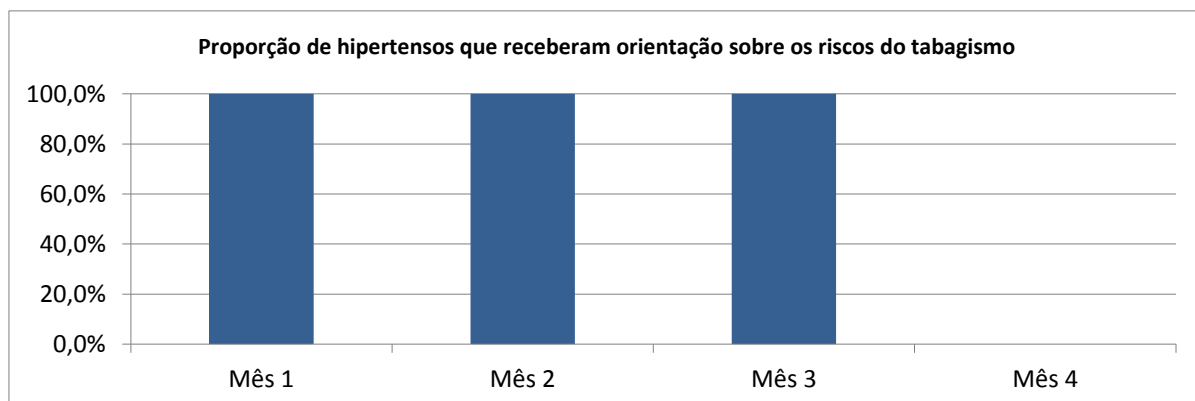


Figura 19 - Cobertura dos pacientes hipertensos orientados sobre os riscos do tabagismo na unidade de saúde. Fonte: Planilha de coleta de dados.

Todos os pacientes foram orientados durante as consultas e os grupos de HIPERDIA sobre os riscos do tabagismo através de palestras e esclarecimento de dúvidas. Cobrindo assim de a meta de 100% dos pacientes orientados.

6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

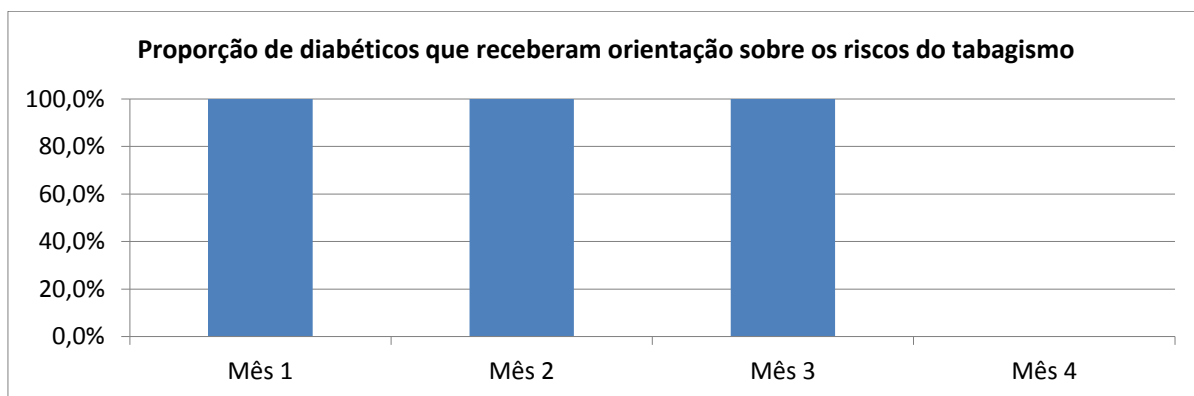


Figura 20 - Cobertura dos pacientes diabéticos orientados sobre os riscos do tabagismo na unidade de saúde. Fonte: Planilha de coleta de dados.

Todos os pacientes foram orientados durante as consultas e os grupos de HIPERDIA sobre os riscos do tabagismo através de palestras e esclarecimento de dúvidas. Cobrindo assim de a meta de 100% dos pacientes orientados.

6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

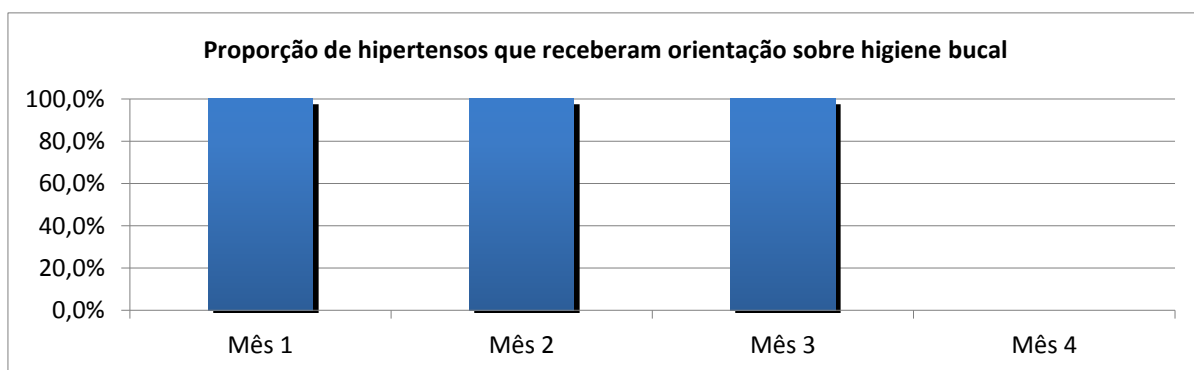


Figura 21 - Cobertura dos pacientes hipertensos orientados sobre higiene bucal na unidade de saúde. Fonte: Planilha de coleta de dados.

Todos os pacientes foram orientados durante as consultas e os grupos de HIPERDIA sobre higiene bucal através de palestras e esclarecimento de dúvidas. Cobrindo assim de a meta de 100% dos pacientes orientados.

6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

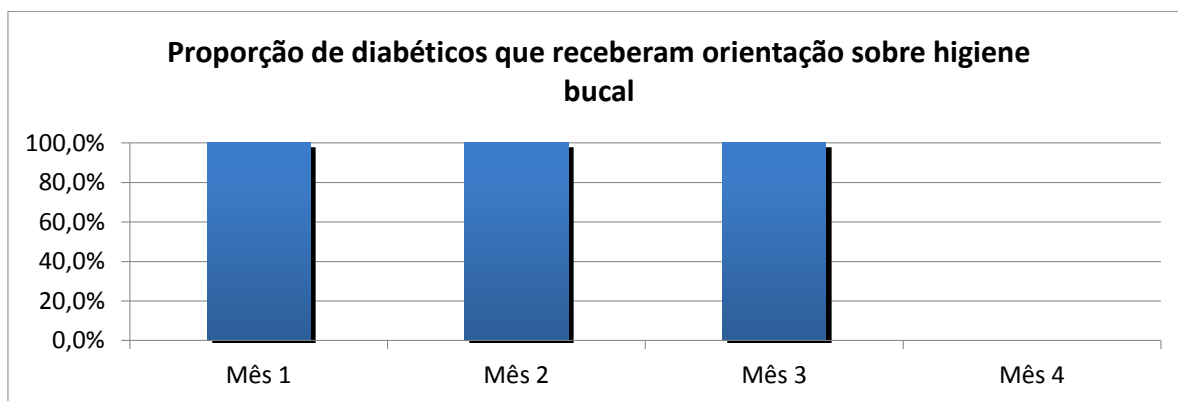


Figura 22 -Cobertura dos pacientes diabéticos orientados sobre higiene bucal na unidade de saúde. Fonte: Planilha de coleta de dados.

Todos os pacientes foram orientados durante as consultas e os grupos de HIPERDIA sobre higiene bucal através de palestras e esclarecimento de dúvidas. Cobrindo assim de a meta de 100% dos pacientes orientados.

4.2 Discussão

O foco da intervenção da minha UBS, São Francisco de Paula/Frederico Westphalen, foram os pacientes hipertensos e diabéticos. Através desta intervenção fomos capazes, eu e toda a equipe, de aumentar os cadastramentos e melhorar a qualidade de atendimento a estes pacientes. Por exemplo, a estratificação de risco cardiovascular estava desatualizada na grande maioria dos pacientes cadastrados e com a intervenção além de alcançarmos o objetivo de melhoria na qualidade conseguimos melhorias na prevenção das complicações que estas doenças podem trazer fazendo com que a qualidade da saúde destes pacientes melhore.

A intervenção só foi capaz de ser realizada, pois toda a equipe participou e colaborou em todos os aspectos. Tivemos capacitações^{1,2,3,4} para as agentes de saúde, enfermeiros, médicos e dentistas. Estas capacitações nos mostraram onde deveríamos nos envolver mais e onde os pacientes necessitavam mais de nossa atenção. A intervenção fez com que toda equipe trabalhasse unida e que juntos, cada um exercendo seu papel, conseguíssemos um bom resultado. A intervenção se iniciou desde o acolhimento na recepção até a busca ativa das agentes comunitárias por novos pacientes, e é claro a participação de todos da equipe nos grupos de saúde do HIPERDIA, que participaram com palestras, esclarecimento de dúvidas e interação

com a comunidade. Entendo que este projeto e intervenção tenha sido de extrema importância para todos da equipe, tanto pelo lado da aprendizagem adquirida quanto pela interação com os outros membros da equipe e comunidade.

Antes de iniciarmos a intervenção pacientes diabéticos e hipertensos eram atendidos aleatoriamente sem controle de consultas ou de exames. A partir de agora com a intervenção já estabelecida, todos os pacientes diabéticos e hipertensos tem consultas semestrais marcadas para acompanhamento correto, além dos encontros mensais do grupo HIPERDIA. O que mudou no serviço foi à atenção dada a estes pacientes, já que é uma grande parcela de população que possui estas doenças e merece uma atenção mais elaborada e que ocorra a prevenção de todas as complicações.

A comunidade esteve ao nosso lado durante toda a intervenção. Podemos contar com o apoio de todos. Esta intervenção foi de grande importância para a comunidade, pois eles aprenderam bastante a respeito de suas doenças e aprenderam como é importante ter o acompanhamento e cuidados corretos para que sua doença possa se estabilizar ou até melhorar. Muitos na comunidade não acreditavam que poderiam melhorar, uma vez que diabéticos e hipertensos sentiriam os sintomas para o resto da vida sem poder melhorá-los. Com o grupo e com as explicações dos palestrantes eles perceberam e alguns até conseguiram mudar seus hábitos para sua melhor qualidade de vida.

Vejo a intervenção como uma grande vitória para a equipe e para a comunidade. Todos participaram e houve interação entre todos. Se pudéssemos mudar algo nesta intervenção acho que somente seriam os grupos HIPERDIA, que eram realizados mensalmente. Gostaria de poder realizá-los com maior frequência, pois eles foram de grande importância para o aprendizado da comunidade. Muitas palestras foram dadas, porém poderíamos passar o grupo para duas vezes ao mês e assim haveria mais informação, interação da comunidade e de toda a equipe.

Com certeza manteremos este projeto de intervenção na UBS. Agora que todos na equipe já se adequaram as novas rotinas podemos contar com o apoio de todos. Devemos conscientizar a população de que não foi apenas um projeto com prazo determinado e sim um projeto que irá ter continuidade, havendo sempre e cada dia mais uma melhora na qualidade de atendimento na UBS. Além de que, quanto mais for estimulada a prevenção em todos os setores mais poderemos evitar complicações de doenças, não somente de diabetes e hipertensão como também de

muitas outras doenças preveníveis. Teremos apenas que nos adaptar a nova rotina de sempre fazer anotações e atualizações nas fichas específicas de cada paciente. Para podermos ter um controle correto e integral de cada paciente podendo assim controlar as consultas e avaliar se o paciente está em dia com suas consultas e exames complementares.

Também na mesma UBS em que trabalho a outro projeto de intervenção sendo articulado visando a saúde da mulher. A intervenção releva a importância da prevenção do câncer de mama e do câncer de colo de útero. Tendo estas duas implementações a unidade de saúde já conseguiu grandes melhorias na área de prevenção da saúde.

Algumas medidas ainda têm de ser tomadas para a melhoria das condições de atendimento, como diminuição de número de consultas por demanda espontânea e maior número de consultas marcadas para pacientes com doenças crônicas, puericulturas e pré-natais.

4.3 Relatório de intervenção para a comunidade

À comunidade:

No ano de 2014 para melhorar a qualidade dos atendimentos e aumentar o número de médicos para a saúde pública a Secretaria Municipal de Frederico Westphalen, implementou o programa PROVAB, que consiste em trazer médicos para as cidades que necessitam de seu trabalho e assim ajudar a construir um país com igualdade na saúde. Estes médicos trabalham em uma UBS no bairro da sua cidade. Assim como eu trabalho no bairro São Francisco de Paula, outros médicos também do PROVAB trabalham em outras unidades de saúde da cidade. Nós trabalhamos oito horas diárias durante quatro dias por semana. Um dia da semana é dedicado a o curso de pós-graduação em saúde da família, o que nos trás mais conhecimento para ajudá-los.

Neste curso de pós-graduação nós médicos, tivemos que desenvolver um projeto que resultasse em uma melhoria para a comunidade. Desde o início do ano já comecei este projeto, e juntamente com toda a equipe de saúde, incluindo enfermeiros, dentistas, técnicos e auxiliares de enfermagem fui capaz de implementar este projeto no Bairro São Francisco de Paula. Eu escolhi dar ênfase ao projeto para

os pacientes hipertensos e diabéticos, pois grande parte da população do bairro é acometida por essas doenças e muitas vezes não era acompanhada corretamente.

A equipe de saúde recebeu instruções e ensinamentos, bem como aprendeu a realizar cada função do projeto para que tudo ocorresse corretamente. Toda semana havia uma reunião para discutirmos os pontos que poderiam ser melhorados no projeto e eram esclarecidas as dúvidas de todos. O período de intervenção do projeto foi de agosto até final de outubro de 2014.

Para o projeto, primeiramente eu, juntamente com as agentes comunitárias de saúde, fizemos um mapeamento com todos pacientes tanto hipertensos quanto diabéticos com idade acima de 20 anos e também aqueles que participavam do grupo HIPERDIA anteriormente, o programa foi finalizado em 2013 e reimplantado graças ao projeto em 2014.

Após este mapeamento fomos em busca de todos estes pacientes, através das agentes comunitárias de saúde, para marcar consultas médicas e lembra-los sobre os dias dos grupos HIPERDIA que são realizados mensalmente. Nas consultas que eram realizadas com pacientes já cadastrados e pacientes novos foram realizados exames físicos, clínicos e foram pedidos exames de laboratório onde os pacientes retornavam após para trazer os resultados e assim realizar a estratificação de risco cardiovascular e realizar a manutenção ou regulação de medicações. Durante as consultas e durante os grupos de HIPERDIA todos os pacientes eram orientados a respeito de sua doença, a respeito da importância das consultas médicas regulares, bem como medidas de prevenção de complicações, como a prática de exercícios físicos e parar de fumar.

Durante as consultas também conversamos com os pacientes a respeito da saúde bucal e da necessidade de avaliação feita por um dentista. Os pacientes que eram avaliados e que necessitavam de atenção, já eram agendadas consultas com o dentista para correção do seu problema.

Todos pacientes cadastrados tem uma ficha especial com todos os seus dados e em cada consulta estes dados são anotados para que possamos manter o controle e verificar se algum paciente não esta comparecendo as consultas ou esta com exames atrasados. Nesta ficha também são anotadas as medicações em uso, data dos últimos exames e data da última consulta, bem como se o paciente já possui alguma complicação decorrente da doença.

Após finalizarmos a intervenção, colocando todos os pacientes cadastrados em dia com suas consultas médicas e exames de laboratório podemos dizer que a intervenção foi de grande sucesso. A comunidade ganhou muito com este projeto que deu mais atenção a estes pacientes em especial. Podemos perceber também que houve uma interação importante da equipe de saúde com a população. Todos na equipe participaram e ajudaram desde o acolhimento até na busca de pacientes.

No meu ponto de vista, a comunidade saiu ganhando com esta intervenção, pois todos pacientes tanto diabéticos quanto hipertensos foram cadastrados e estão com os exames clínicos e laboratoriais em dia. E a partir de agora a equipe terá controle dos pacientes faltosos e que não fazem o correto acompanhamento.

Com a ajuda de todos, a intervenção foi um sucesso, pois a comunidade participou ativamente e toda equipe ajudou no que foi preciso. Devo agradecer a todos que fizeram parte deste projeto e que me ajudaram a melhorar um pouco a qualidade da saúde da nossa população atendida na UBS, principalmente aos pacientes que foram presentes e não faltaram as consultas pois sem eles não haveria o sucesso desta intervenção. Podemos perceber então que com a ajuda de todos, e com paciência e determinação conseguimos melhorias na qualidade de saúde.

Podemos dizer que melhoramos muito o cadastramento dos pacientes diabéticos e hipertensos onde antes haviam apenas 22% a 25% dos pacientes cadastrados com boa qualidade de atendimento em uma população de cerca de 3 mil habitantes, com o final da intervenção e ajuda de todos conseguimos resultados de cadastramento entre 90% dos hipertensos e passamos a meta dos 100% dos diabéticos pois conseguimos cadastrar mais pacientes dos que já haviam cadastrados na unidade de saúde e assim melhorar a qualidade de saúde e de atendimento a todos.



Figura 23 – Reunião do Grupo Hiperdia



Figura 24 – Reunião do Grupo Hiperdia

4.4 Relatório de intervenção para o Gestor Municipal de Saúde

Marly Vendrusculo:

No ano de 2014 o município de Frederico Westphalen em parceria com o governo federal viabilizou o projeto PROVAB para a cidade. Este projeto consiste em levar médicos às cidades que necessitam de seu trabalho e assim melhorar a qualidade de atendimento a saúde principalmente aos cidadãos atendidos pelo SUS.

Neste projeto, nós, médicos, trabalhamos em uma UBS/ESF na cidade, trabalhando uma jornada de oito horas diárias, quatro dias por semana. Um dia durante a semana temos uma pausa para realização do projeto e curso de pós-graduação em saúde da família. Juntamente com o PROVAB, a Federal de Pelotas oferece a pós-graduação em saúde da família financiada pelo governo que tem grande importância para que possamos adquirir mais conhecimento e assim melhorar o atendimento e rotinas na nossa UBS.

Com o objetivo principal de melhorar a atenção básica, a intervenção proposta torna-se permanente na unidade de saúde em que trabalhamos. Esta intervenção é realizada com o apoio de toda a equipe, participação da comunidade e também com a ajuda da Secretaria de Saúde Municipal, que viabiliza exames e profissionais para a realização da intervenção.

O projeto teve início em março de 2014, com o estudo dos principais manuais da atenção básica, logo após conhecemos e identificamos toda a estrutura da unidade, com vários questionários para avaliar cada programa, a partir disso foi escolhido um foco de trabalho para ser implantado na UBS.

Na UBS São Francisco de Paula, a qual trabalho escolhi realizar o projeto e a intervenção com os pacientes diabéticos e hipertensos com base nos manuais e diretrizes do Ministério da Saúde. Muitos destes pacientes não estavam recebendo a atenção necessária e não estavam sendo prevenidas possíveis complicações de suas doenças por falta de esclarecimento. Antes de iniciar propriamente a intervenção toda a equipe passou por uma capacitação e troca de conhecimento sobre o assunto. Toda semana ocorriam reuniões onde eram discutidas medidas para o projeto, melhorias para a comunidade e como poderíamos resolver possíveis problemas encontrados. Sem a ajuda de toda a equipe desde o acolhimento até a consulta médica e seus exames esta intervenção não poderia ser desenvolvida, desde já então deixo meu agradecimento a todos da equipe e a Secretaria de Municipal de Saúde.

Como existem muitos pacientes com estas duas comorbidades iniciamos fazendo um mapeamento de todos os pacientes diabéticos e hipertensos. Este mapeamento foi realizado com a ajuda das agentes comunitárias de saúde que se dedicaram a fazer uma busca ativa para que todos pacientes fossem consultados.

Nestas consultas os pacientes eram examinados clinicamente e eram solicitados exames laboratoriais complementares. Assim que estes exames complementares ficassem prontos os pacientes retornavam para uma nova consulta para que o risco cardiovascular fosse calculado e medicações fossem ajustadas.

Tanto nas consultas quanto no grupo de saúde HIPERDIA, reunião com grupo de pacientes diabéticos e hipertensos que ocorre mensalmente, os pacientes recebem orientações sobre as suas doenças e como prevenir complicações. São estimulados ao exercício físico e a parar de fumar. Em cada reunião do grupo HIPERDIA é trabalhado um tópico. Isso ajuda aos participantes a lembrarem das orientações e confraternizarem com todo o grupo. Estas reuniões são de fundamental importância para a interação entre equipe e a comunidade, podendo assim ver suas maiores necessidades.

Depois de terminada a intervenção que ocorreu nos meses de agosto a novembro de 2014 pude perceber que foi de grande importância para a comunidade e equipe de saúde. Agora com as fichas cadastradas individuais de cada paciente podemos ter acesso e saber se ele esta com alguma consulta ou exame laboratorial em atraso. Podemos saber também se ele está participando dos grupos ou tomando suas medicações corretamente. Vejo a intervenção como um sucesso e que deve se estender para sempre na unidade de saúde.

A comunidade também ganhou muito com o projeto, tendo melhor atenção para os pacientes com estas comorbidades e principalmente realizando a prevenção, que é o principal foco da saúde básica. Muitos pacientes ficaram agradecidos e receberam muito bem todos os envolvidos, podendo-se dizer que a relação entre a equipe e a comunidade também melhorou muito.

Espero que esta intervenção se mantenha e se estenda corrigindo possíveis erros, e que melhore cada vez mais para poder ajudar a toda comunidade. Vale reforçar que sem o apoio de todos juntos, equipe, população e Secretaria Municipal de Saúde não teríamos um projeto de tanto sucesso.

Podemos dizer que melhoramos muito o cadastramento dos pacientes diabéticos e hipertensos onde antes haviam apenas 22% a 25% dos pacientes

cadastrados com boa qualidade de atendimento em uma população de cerca de 3 mil habitantes, com o final da intervenção e ajuda de todos conseguimos resultados de cadastramento entre 90% dos hipertensos e passamos a meta dos 100% dos diabéticos pois conseguimos cadastrar mais pacientes dos que já haviam cadastrados na unidade de saúde e assim melhorar a qualidade de saúde e de atendimento a todos

5. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Desde que foi iniciada a pós graduação já pude perceber que ela iria me ensinar e me demonstrar muitas coisas em relação a trabalhar diretamente com a população e a como melhorar cada dia mais minha interação com todos os pacientes.

Desde que venho estudando medicina, com início em 2007, todos meus professores sempre ressaltavam a importância da relação médico/paciente para um bom tratamento e recuperação do paciente. E desde a faculdade venho provando isso com o passar dos dias. Sempre quando há uma boa relação médico/paciente, tudo se torna mais fácil tanto para nós médicos, quanto para os pacientes. Eles confiam mais em nós o que é de fundamental importância para que haja um bom tratamento e cura do paciente.

Sempre temos em mente que temos que resolver todos os problemas dos pacientes, ou pelo menos tentamos, porém, antes quando estávamos no hospital durante a faculdade tudo era de mais fácil acesso e mais rápido de ser solucionado. Tínhamos recursos e exames ilimitados que nos permitiam pronto diagnóstico para início de tratamento.

Assim que comecei a trabalhar na UBS e na saúde da família percebi muitas diferenças em relação a isto. Tudo é muito mais difícil e mais demorado de ser conseguido. Exames às vezes demoram semanas a chegar o que frustra nós médicos e aos próprios pacientes. Com o tempo aprendemos a lidar com esta perspectiva e aprendemos a nos restringir aos pedidos de exames e aos exames mais caros. Aprendemos como se basear mais na clínica de cada paciente para diagnóstico.

Na UBS, onde trabalho existe muitos pacientes diabéticos e hipertensos. Esta população estava carente de uma atenção mais específica e voltada para suas complicações. Resolvi fazer minha intervenção voltada para estes pacientes. Já que esta doença tem uma prevalência mundial muito grande, a prevenção da doença e a prevenção de complicações são o melhor em que podemos ajudar e agir.

Para isto todos da equipe ajudaram e passamos por capacitações e trocas de experiência sobre o assunto. Durante todo o projeto nos reuníamos semanalmente para discutir melhorias e soluções de problemas para o mesmo. Muitos artigos, livros e diretrizes foram lidas para que tomássemos as decisões corretas e para que as consultas fossem completas e abordassem todos os aspectos necessários. Exames clínicos e laboratoriais foram realizados em todos os pacientes, a fim de realizar melhor manutenção da doença e estratificar riscos cardiovasculares e prevenir complicações.

Durante o curso de pós-graduação também recebíamos tarefas semanais que envolviam casos clínicos e revisões sobre assuntos, isso me ajudou bastante também a melhorar minha aprendizagem e continuar a crescer como médica. Os casos clínicos abordavam assuntos diários vividos na UBS, assuntos que são de grande importância para que possamos atender bem e corretamente os pacientes. Já as revisões sobre assuntos se baseavam nas questões em que erramos nos TQCs, o que nos fazia revisar o assunto que tínhamos dúvidas e assim aprender mais e não esquecer mais do assunto revisado.

Assim como a parte teórica foi muito importante, não posso deixar de dar importância também à parte prática. A isso me refiro a trabalhar em um local diferente do que estou acostumada e longe da minha cidade onde já conheço os recursos para o trabalho. Conhecer a cidade nova e como trabalhar nela e saber seus respectivos protocolos e gestores foi de fundamental importância para o meu crescimento como médica, pois assim sei que posso me adaptar a outros ambientes e aprender cada vez mais.

Além disso, sabemos que em cada local que trabalhamos a população é diferente. Em cada local temos que lidar de um jeito diferente para agradar aos cidadãos que já estão acostumados a certo atendimento. A minha experiência com a comunidade no bairro São Francisco de Paula foi ótima, não havendo nenhum problema ou atrito durante todo o programa. Durante a intervenção todos ajudaram e participaram bastante, não faltando às consultas ou as reuniões. A esta população só tenho a agradecer por me fazer melhorar como médica e como pessoa. Pois é apenas com a prática que conseguimos aprender a lidar com todos e a respeitar os desejos e saber entender a cada paciente.

O que mais me ajudou e influenciou nesta etapa com certeza foi a equipe da UBS. Todos me receberam muito bem e de braços abertos. Estavam sempre ajudando no que podiam e eu sempre recorria a sua ajuda quando necessário. Desde a recepção, que faz o acolhimento dos pacientes, até a enfermagem e demais médicos, todos me receberam muito bem e se mantiveram com os braços abertos durante todo o ano para me ajudar.

Como reflexão final só posso tirar coisas boas desta experiência. Aprendi como profissional e como pessoa. Em todos os momentos tive apoio de minha orientadora e de meus colegas. Estou muito grata por poder ter participado desta

experiência e assim ter ganhado tanto conhecimento para a minha vida pessoal e clínica.

6. Referências bibliográficas

1. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014/Sociedade Brasileira de Diabetes ; [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2014
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus /

REVISÃO DE TCC

Anexo B – Ficha espelho (verso)

[illegible]

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 3										
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hipertensão ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento ?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?		
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim		



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª

Profª Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL



APÊNDICES

Apêndice 1- Folder sobre alimentação saudável distribuídos no grupo HIPERDA

Você deve seguir alguns passos para conquistar uma alimentação saudável:

1

Faça pelo menos 3 refeições (café da manhã, almoço e jantar) e 2 lanches saudáveis por dia. Não pule as refeições.

2

Inclua diariamente 6 porções do grupo de cereais (arroz, milho, trigo, pães e massas).

Dê preferência aos grãos integrais e aos alimentos naturais.

3

Coma diariamente pelo menos 3 porções de legumes e verduras como parte das refeições e 3 porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches.

4

Coma feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, 5 vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e bom para a saúde.

5

Consuma diariamente 3 porções de leite e derivados e 1 porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves.

6

Consuma, no máximo, 1 porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina. Fique atento aos rótulos dos alimentos e escolha aqueles com menores quantidades de gorduras trans e gordura saturada.

7

Evite consumir diariamente refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas todos os dias.

8

Diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa. Evite consumir alimentos industrializados com muito sal (sódio), observe o rótulo dos alimentos.

9

Beba pelo menos 2 litros (6 a 8 copos) de água por dia. Dê preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições.

10

Pratique pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias e evite as bebidas alcoólicas e o fumo.

Fonte: Ministério da Saúde (2008).

Apendice 2 – Folder distribuído na unidade de saúde com orientações sobre diabetes e hipertensão arterial.

O que é hipertensão arterial?



É caracterizada pelo aumento dos níveis da pressão, sendo um fator de risco para a ocorrência de doenças cardiovasculares.

Além do consumo excessivo de sal (sódio), a má adesão ao tratamento, a obesidade e o sedentarismo são fatores que contribuem para a hipertensão.

O consumo de sal não deve ultrapassar **5g por dia** **1** colher de chá



Alimentos com alto teor de sódio

Embutidos (salsichas, linguiças, presunto, mortadela), conservas (pepino, azeitona, beterraba), defumados, macarrão instantâneo, temperos prontos, caldos concentrados, alimentos congelados (pizza, lasanha), sopas em pó, refrigerantes, suco em pó e bolachas.



As papilas gustativas presentes na nossa língua, que identificam o gosto salgado, demoram cerca de **3 meses** para se adaptar à uma dieta reduzida em sal. Por isso, é questão de tempo o costume a uma dieta mais saudável pobre em sódio.

O que é diabetes?



É caracterizada pela elevação da glicemia (açúcar no sangue) e se manifesta quando o corpo não produz a quantidade essencial de insulina para que a glicemia se mantenha normal.

Está associada a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, cérebro, coração e vasos sanguíneos.

Indivíduos com diabetes devem priorizar o consumo de alimentos de **baixo e moderado** índice glicêmico.

Índice glicêmico é o potencial que cada alimento contendo carboidratos tem em elevar a glicemia ou açúcar no sangue.



Baixo índice glicêmico

Maçã, ameixa, tomate, couve-flor, espinafre, alface, brócolis, abobrinha, iogurte



Moderado índice glicêmico

Arroz, macarrão, pão integral, feijão, abacaxi, laranja, uva, leite, pipoca



Alto índice glicêmico

Mel, melancia, banana, kiwi, manga, beterraba, batata, abóbora, milho, pão branco

Orientações



- Faça pelo menos **3 refeições** (café da manhã, almoço e janta) e **2 lanches** saudáveis por dia. Não pule refeições e não exagere na quantidade;
- Insira na sua alimentação boas fontes de cereais (arroz, batatas, pães e massas), dando preferência aos grãos integrais e aos alimentos na sua forma mais natural;
- Coma todos os dias frutas, legumes e verduras (3 porções de cada);
- Coma arroz com feijão diariamente ou, pelo menos, 5 vezes por semana;
- Consuma fontes proteicas diariamente, como leite, carnes e ovos. Preferir carnes brancas, retirar a gordura aparente e a pele das aves e evitar frituras;
- Evite refrigerantes, sucos em pó, chás prontos, biscoitos doces e recheados e guloseimas;
- Ingira de 6 a 8 copos de água por dia;
- Retire o saleiro da mesa e não acrescente sal no alimento depois de estar pronto;
- Evite utilizar temperos prontos e caldos concentrados, pois são ricos em sódio;
- A rotulagem nutricional é uma forma de acesso à informação sobre os alimentos: prefira alimentos com menos sódio, certifique-se que o alimento *diet* refere-se a “sem açúcar” e evite alimentos com “gordura vegetal hidrogenada” na lista de ingredientes, esta é a gordura *trans*!